

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN



FACULTAD DE OBSTETRICIA

**Influencia de la Psicoprofilaxis del dolor del parto en
gestantes del Hospital Apoyo Iquitos
"César Garayar García",
Período Enero - Diciembre 1995.**

TESIS

Para optar el título profesional de:

OBSTETRIZ

Presentado por la:

Bach. Densith Flores Torres

Tarapoto — Perú

1,996

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS DEL DOLOR

DEL PARTO EN GESTANTES DEL HOSPITAL

APOYO IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA".

PERIODO ENERO - DICIEMBRE 1995.

TESISTA : *Bach. DENSIITH FLORES TORRES*

JURADO CALIFICADOR



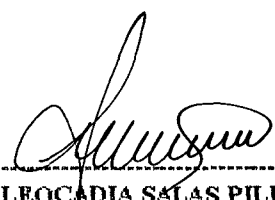
OEST. EVANGELINA AMPUERO FERNANDEZ
PRESIDENTE



DR. RAMIRO SANCHEZ TEJADA
MIEMBRO



OEST. LOLITA AREVALO FASANANDO
MIEMBRO



OEST. LEOCADIA SALAS PILLACA
ASESOR

DEDICATORIA

A mis queridos padres **Angel**
y Dolly quienes inculcaron en
mí superación y con su apoyo
moral y material contribuyeron
a la culminación de mi carrera
profesional.

A mis hermanos: **Gino, Hugo,**
Javier, Luis, Jhon Lenon , en
especial, a mi hermano **Willy**
quien con su comprensión, apoyo
económico inculcó en mí el
espíritu de estudio y el anhelo
de superación.

DENSITH.

AGRADECIMIENTO

A la Obst. **Maribel Becerril Iberico**, por su brillante enseñanza y apoyo moral y académico en el desarrollo de la presente investigación.

Al Director y a todo el personal del Hospital Apoyo Iquitos **César Garayar García** quienes facilitaron el campo clínico para el desarrollo del estudio.

A mis docentes de la Universidad Nacional de San Martín, Facultad de Obstetricia, por las sabias enseñanzas durante mis años de estudio.

También quiero expresar mi sincero agradecimiento al profesor **Hérbert Arévalo Bartra**, por el apoyo desinteresado en la corrección gramatical del presente trabajo.

DENSITH.

INDICE

	Pág.
I. RESUMEN	06
II. INTRODUCCION	08
III. OBJETIVOS	13
IV. HIPOTESIS	14
IV. MATERIALES Y METODOS	15
V. RESULTADOS Y DISCUSIONES	20
VI. CONCLUSIONES	49
VIII RECOMENDACIONES	51
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	52
X. ANEXOS	55

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRIZ

***INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS DEL
DOLOR DEL PARTO EN GESTANTES DEL HOSPITAL
APOYO IQUITOS "CESAR GARAYAN GARCIA".
PERI D ENER - DICIEMBRE 1995.***

TESISTA : *Bach. DENSIFF FLORES TORRES*

ASESORES : *OBST. LEOCADIA SALAS PILLACA*

Dr. NICOLAS HERNANDEZ HERNANDEZ

TARAPOTO - PERU

1 9 9 6.

RESUMEN

El presente trabajo es un estudio aplicado cuasi experimental, realizado en el Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García durante el período enero - diciembre 1995; con el fin de determinar la influencia de la psicoprofiláxis en el trabajo de parto. Se estudiaron 135 gestantes preparadas y 135 gestantes no preparadas, sobre los aspectos de duración del trabajo de parto, conducta de la gestante, percepción del dolor y complicaciones maternas y perinatales. El análisis estadístico permitió comprobar que la preparación psicoprofiláctica influye positivamente en el trabajo de parto, con una duración promedio de 6.51 hrs.. Se pudo asimismo observar una significativa y mejor tolerancia al dolor, así como una actitud de calma y colaboración en el grupo preparado.

- Complicaciones maternas presentadas en el grupo de preparadas con un sólo caso de atonía (0.7%).

Mientras que en las no preparadas se tuvo un mayor porcentaje.

- Dilatación estacionaria	3.7%
- Expulsivo prolongado	3.7%
- Distocia contracción	4.4%
- Trabajo de parto prolongado	1.5%
- Otros	1.5%

- Las complicaciones perinatales en las gestantes preparadas fue asfixia neonatal en un 11.85

En las gestantes no preparadas :

- Asfixia neonatal en un 37.8%
- Aspiración meconial 4.4%
- Otros 1.5%

Se presenta el esquema con que se desarrolla la preparación psicoprofiláctica de la gestante como curso en la presente investigación.

INTRODUCCION

En obstetricia ha predominado la tendencia a considerar al parto como un fenómeno simplemente mecánico. Se habla del parto, estudiándolo en sus períodos y movimientos como expresión de funciones puramente físicas y orgánicas, olvidándose completamente que la mujer participa en el acontecer obstétrico en forma íntegra, física y psíquicamente, ya que el parto es un proceso psicosomático que la madre vive con el cuerpo y la mente. (1)

El parto no es simplemente un fenómeno anatómico y fisiológico en el que intervienen la fuerza, el canal y el móvil, sino un complejo polifacético en el que el psiquismo es un factor básico de importante significancia desde el embarazo, que se prolonga hasta el puerperio, dados los profundos cambios psíquicos que la maternidad condiciona en la mujer (1).

El dolor que acompaña el trabajo de parto y al período expulsivo, constituye una de las principales preocupaciones de la embarazada y que llega en algunos casos a producir tensiones y que se acrecienta a medida que se acerca el parto (2).

La preparación psicofísica consiste en preparar física y mentalmente a la mujer embarazada para el momento del parto, propendiendo por todos los medios a la protección de la madre y el niño (3).

Con la educación y la protección que se brinda a la mujer durante el embarazo se consigue en un 80 a 90 por ciento que el parto se produzca sin dolor, comprobándose así el principio fundamental de Dick Read **"Parto sin temor = parto sin dolor"**. Esta preparación se realiza mediante la educación de la gestante a fin de que se adapte a una nueva situación intelectual, afectiva y corporal, por medio de técnicas apropiadas que modifican la facultad de recepción de la corteza cerebral determinando en ésta el control normal y estimulando la actividad voluntaria (4).

La educación es un componente importante porque a través de ella se borran las emociones nocivas y se destruye las relaciones de angustia y tensión en la madre para el momento del parto. La influencia de la educación puede ampliarse para abarcar el principio del embarazo y la paternidad responsable (5).

Algunas escuelas psiquiátricas y obstétricas han planteado que la información y educación de la madre durante la gestación, respecto de los fenómenos fisiológicos del embarazo y parto, de las situaciones

clínicas, y procedimientos a que será sometida durante el parto, constituyen una forma positiva de ayudarla a enfrentar este evento fisiológico y de disminuir el dolor que lo acompaña (6).

El temor provocado por la ignorancia, las supersticiones y las influencias perniciosas del medio ambiente confiere a la mujer una carga emocional negativa que aumenta su receptividad, con lo que se intensifica su percepción de los estímulos dolorosos, transformando en álgidos aquellos que no lo son. De tal manera, un estímulo proveniente del útero es interpretado como dolor provocando una respuesta mental, acompañada de otra matriz de tensión perjudicial, particularmente donde se origina. Esa respuesta causa una perturbación dinámica del útero que se manifiesta clínicamente por una actividad anormal del cérvix y una prolongación del trabajo de parto. La isquemia así provocada en el órgano gestador engendra un dolor real, el cual exagera el temor. Es así como se establece el circuito vicioso de temor, tensión, dolor. (7)

Según Read (8) el origen del dolor es el temor que crea un circuito vicioso: temor-tensión-dolor, y su método está dirigido a la supresión del temor. Para este investigador lo fundamental es eliminar el temor y la ansiedad por cuanto, actuando a través del sistema nervioso vegetativo, perturban la coordinación

fisiológica que debe existir entre las contracciones de las fibras circulares y longitudinales del cuello y las del cuerpo del útero.

Cartajena (18), sustenta el tema del dolor, su naturaleza y de cómo los científicos se han dedicado al estudio de él para eliminarlo o aminorarlo. Se trata de un método psicoprofiláctico que busca romper el circuito vicioso temor-ansiedad-dolor, enseñando a la mujer a controlar eficazmente su cuerpo y sus reacciones, propiciando la experiencia positiva de la maternidad.

Según Taylor (10), la psicoprofilaxis del dolor en el parto es uno de los métodos más importantes e interesantes en la obstetricia moderna, ya que se propone obtener un niño sano y que el parto sea lo menos molesto posible para la madre.

Según el método psicoprofiláctico de los soviéticos, parto y dolor van tan unidos en la mente de la mujer que lo interesante es condicionar el parto a una idea feliz y a una participación de ésta en él (11).

Según Pavlov (12), el método psicoprofiláctico considera que el parto es un proceso fisiológico en el cual los dolores no son un fenómeno de masas con la participación activa de la mujer.

Coplan (13) consiguió imponer en su teoría del parto natural, mucha tranquilidad y poco movimiento para acabar con el miedo que es la causa principal de los dolores en el parto.

Siendo la influencia de la psicoprofilaxis positiva durante el trabajo de parto y uno de sus objetivos principales e importantes el de disminuir el temor al parto, y como consecuencia las complicaciones en nuestras futuras madres, el presente trabajo trata en lo posible de dar respuesta a la siguiente interrogante: **¿Cuál es el grado de influencia de la psicoprofilaxis del dolor del parto en gestantes del Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García" Región Loreto, Perú, período enero - diciembre de 1995?.**

Los resultados, conclusiones y recomendaciones a que se arriban son muy valiosos y se espera sean tomadas en cuenta y puestas en práctica.

OBJETIVOS

General:

- Determinar el grado de influencia de la psicoprofilaxis del dolor del parto en gestantes del Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García", en 1995.

Específicos:

- Organizar adecuadamente el curso de preparación psicoprofiláctica en la gestante.
- Determinar el grado de influencia de la psicoprofilaxis en el trabajo de parto.
- Establecer el tiempo promedio del trabajo de parto en sus diferentes períodos, en los gestantes preparadas psicoprofiláticamente.
- Determinar la presencia o no de complicaciones materno-perinatales en una gestante con o sin preparación psicoprofiláctica con una no preparada.
- Comparar el comportamiento de la gestante preparada, durante el trabajo de parto, en relación a una no preparada.

HIPOTESIS

1. Hipótesis de investigación:

Las gestantes psicoprofilácticamente preparadas desarrollarán un trabajo de parto más fisiológico y natural que aquellas que no han sido preparadas.

2. Hipótesis estadística:

2.1 Hipótesis nula (H_0):

Las mujeres con psicoprofilaxis prenatal no presentarán diferencias estadísticamente significativas, respecto al trabajo de parto.

2.2 Hipótesis alternativa (H_a):

Las mujeres con psicoprofilaxis prenatal presentarán diferencias estadísticamente significativas, respecto al trabajo de parto.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio aplicado cuasi experimental, con recolección prospectiva de datos en el Hospital César Garayar García de Iquitos durante el período de enero a diciembre de 1995.

Para la contrastación de la hipótesis se utilizó el diseño cuasi experimental, con un grupo testigo no equivalente.

M O_1 O_2 Grupo testigo

M O_1 x O_2 Grupo experimental o de estudio

Donde:

O_1 = Observaciones o mediciones hechas a la gestante antes de la preparación psicoprofiláctica.

O_2 = Observaciones que se realizan a las parturientas después de la preparación y durante el trabajo de parto.

X = Preparación psicoprofiláctica, curso de preparación adecuadamente organizado por la investigadora.

M = Procedimiento de apareamiento entre los grupos testigos y experimental, en base al curso de preparación que estas hayan recibido.

El universo de estudio estuvo conformado por todas las gestantes en trabajo de parto que acudieron para ser atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García" susceptibles de ser investigadas con el criterio establecido, todas ellas, así como sus recién nacidos registrados correlativamente en sus respectivas historias clínicas.

Población accesible conocida: constituida por todas las mujeres que dan a luz en el hospital y que hayan o no presentado algunas complicaciones durante el parto y que acudieron al hospital en el período de estudio enero - diciembre de 1995.

De esta población se extrajo la muestra de estudio conformada por 270 gestantes en trabajo de parto, de las cuales 135 eran gestantes psicoprofilácticamente preparadas en forma regular (grupo experimental) y 135 gestantes no preparadas (grupo control), para integrar las muestras. Las gestantes deberían cumplir los siguientes criterios.

Criterios de inclusión:

- Gestantes que terminan su parto por vía vaginal , independientemente de la edad gestacional.
- Gestantes en trabajo de parto inducido y/o estimulado.

- Gestantes que terminan con recién nacido vivo, óbito y/o natimuerto, con o sin complicaciones del embarazo o parto.
- Gestantes preparadas psicoprofilácticamente para el grupo experimental.

Procedimiento:

- Primeramente se organizó el curso de preparación en psicoprofilaxis prenatal, en la cual participaron 160 parejas. El esquema de preparación se consigna como anexo 02.
- A las pacientes preparadas se les hizo un seguimiento y se les recomendó la necesidad de acudir al Hospital Iquitos para la atención de su parto, de las cuales 135 gestantes preparadas acudieron para su parto al hospital.
- Se seleccionó a todas las gestantes psicoprofilácticamente preparadas que acuden al servicio de maternidad del Hospital Iquitos para la atención de su parto durante el período de estudio.
- Por cada gestante en trabajo de parto preparada psicoprofilácticamente se cogió una gestante en trabajo de parto no preparada, para nuestro grupo control, con características similares (variables intervinientes) a la gestante preparada.

- A todas las pacientes se las hizo el seguimiento durante todo el trabajo de parto y el puerperio inmediato para detectar la conducta, las complicaciones, la duración y otros aspectos.

PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE DATOS:

- a) Se efectuó un análisis descriptivo bivariante de interés en las posiciones media y promedios, así como en los porcentajes lo cual nos permitió estudiar los cuadros y gráficos respectivos.
- b) Se comparó el grupo de parturientas preparadas psicoprofilácticamente, con aquellas que no fueron preparadas, respecto al comportamiento de los siguientes parámetros:
 - Conducta de la paciente durante el trabajo de parto.
 - Tiempo de duración de los diferentes períodos del parto
 - Complicaciones materno- perinatales
- c) Se utilizó la prueba de chi cuadrado para ver la relación entre las variables estudiadas y se aplicó las etapas de la prueba de significancia estadística con $P < 0.05$.
- d) Los resultados se presentan en tablas porcentuales y gráficos con su respectivos análisis.

LIMITACIONES:

La falta de investigaciones relacionadas al tema nos dificultó la comparación de nuestros resultados, y en muchos casos esto se convirtió en la barrera poderosa, a pesar de lo cual se da una visión pormenorizada y con resultados probados científicamente.

RESULTADOS Y DISCUSION

El curso de psicoprofiláxis fue organizado como se indica en el anexo 02, tratando de integrar los procedimientos, contenidos y técnicas de las escuelas inglesa, soviética y de la Pontificia Universidad de Chile.

Se estudiaron 135 gestantes preparadas psicoprofilácticamente, en forma rigurosa y cada una de éstas cuenta con su caso control para la comparación e inferencia de los resultados. En consecuencia, el estudio cuenta con una población de 270 mujeres las mismas que hacen un 10.3 % de las que acudieron a tener su bebé en el Hospital Iquitos, durante el período de estudio.

CUADRO Nº 01

INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS DEL DOLOR DEL PARTO EN
GESTANTES DEL HOSPITAL APOYO IQUITOS "CESAR GARAYAR
GARCIA", PERIODO ENERO - DICIEMBRE 1995.
DISTRIBUCION SEGUN CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS.

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	PREPARADAS		NO PREPARADAS		TOTAL	
	Nº n=135	%	Nº n=135	%	Nº n=270	%
EDAD:						
< 20 Años	62	45.9	76	56.3	138	51.1
20 - 34 años	69	51.1	57	42.2	126	46.7
> 34 años	4	3.0	2	1.5	6	2.2
ESTADO CIVIL:						
Soltera	29	21.5	39	28.9	68	25.2
Casada	21	15.5	12	8.9	33	12.2
Conviviente	83	61.5	84	62.2	167	61.9
Otra. viuda	2	1.5	-	-	2	0.7
OCUPACION:						
Secretaria	8	5.9	1	0.7	9	3.3
Su casa	90	66.7	96	71.1	186	68.9
Empleada pública	2	1.5	24	17.8	26	9.6
Comerciante	9	6.7	3	2.2	12	4.4
Costurera	5	3.7	-	-	5	1.9
Otras	21	15.5	11	8.2	32	11.9
GRADO DE INSTRUCC						
Analfabeta	-	-	1	0.7	1	0.4
Prim. completa	6	4.4	25	18.5	31	11.5
Prim. incompleta	6	4.4	14	10.4	20	7.4
Secud. completa	67	49.7	21	15.6	88	32.6
Secud.incompleta	45	33.3	73	54.1	118	43.7
Superior	11	8.2	1	0.7	12	4.4

El cuadro Nº 01 presenta las características demográficas de las pacientes sometidas a estudio, en el que se puede observar que la edad promedio encontrada fue de 20-59 años, con una desviación estándar de 4.63 años y un rango que va de 13 a 42 años, pues, como se ve el mayor porcentaje (51.1%) lo constituyen las adolescentes, rasgo característico en la población de Iquitos ya que en aquella zona es donde el inicio de relaciones sexuales

es precozmente por consiguiente la maternidad se dan en edad temprana. Esto también es confirmado por investigadores como Ríos (14) quien estudió el problema de salud en esta zona y encontró las mismas características.

Con referencia al estado civil, el 61.9 por ciento son convivientes, con las mismas variantes para ambos grupos de estudio, pues, estos resultados son semejantes a los registrados por el censo de junio de 1993, donde se reporta que en la ciudad de Iquitos prima el estado civil de conviviente con un 62 por ciento, en tanto que el estado civil de soltera ocupa el 25.2 por ciento. Lo preocupante es que en estas mujeres se dan con mayor frecuencia los problemas de salud y de abandono familiar.

En cuanto a la ocupación, el 68.9 por ciento son amas de casa, característica fundamental de la mujer del Oriente que en poco porcentaje sale a trabajar fuera del hogar.

De acuerdo al grado de instrucción, el 43.7 por ciento refirieron tener secundaria incompleta, seguido de un 32.6 por ciento que tienen secundaria completa, con diferencias significativas en el grupo de preparadas entre las cuales el 49.7 por ciento tienen secundaria completa. Este fenómeno concuerda con las afirmaciones hechas por muchos investigadores que manifiestan que las

personas con mayor grado de instrucción cuidan mejor y oportunamente su salud. Entonces se puede afirmar que las mujeres que acuden a su control pre-natal y por consiguiente tienen la oportunidad de ser orientadas y preparadas para el parto son en la mayoría analfabetas.

CUADRO Nº 02

INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS DEL DOLOR DEL PARTO EN
GESTANTES DEL HOSPITAL APOYO IQUITOS CESAR GARAYAR
GARCIA, PERIODO ENERO - DICIEMBRE 1995.
DISTRIBUCION SEGUN NUMERO DE GESTACIONES Y PARIDAD

NUMERO	PREPARADAS		NO PREPARADAS		TOTAL	
	Nº n = 135	%	Nº n = 135	%	Nº n = 270	%
NUM. GESTACIONES						
1	87	64.4	87	64.4	174	64.4
2	33	24.4	33	24.4	66	24.4
3-4	11	8.2	11	8.2	22	8.2
> 5	4	3.0	4	3.0	8	3.0
PARIDAD						
0 hijos	94	69.6	95	70.4	189	70.0
1 hijo	26	19.3	25	18.5	51	18.9
2 hijos	15	11.1	15	11.1	30	11.1

$$\chi^2 = 0.0045$$

$$P = 94652 \quad (NS)$$

El cuadro Nº 02 muestra el número de gestaciones y el número de hijos de las pacientes sujetas del estudio. En cuanto al número de gestaciones, el promedio fue de 1.51 ± 0.94 con un rango de 1 - 5 embarazos; pues, como el estudio fue de caso control ello fue un parámetro que permitió seleccionar a las gestantes para integrar el grupo control, motivo por el cual los dos grupos cuentan con igual número de gestaciones, encontrando que el mayor porcentaje (64.4 %) lo ocupan las primigestas;

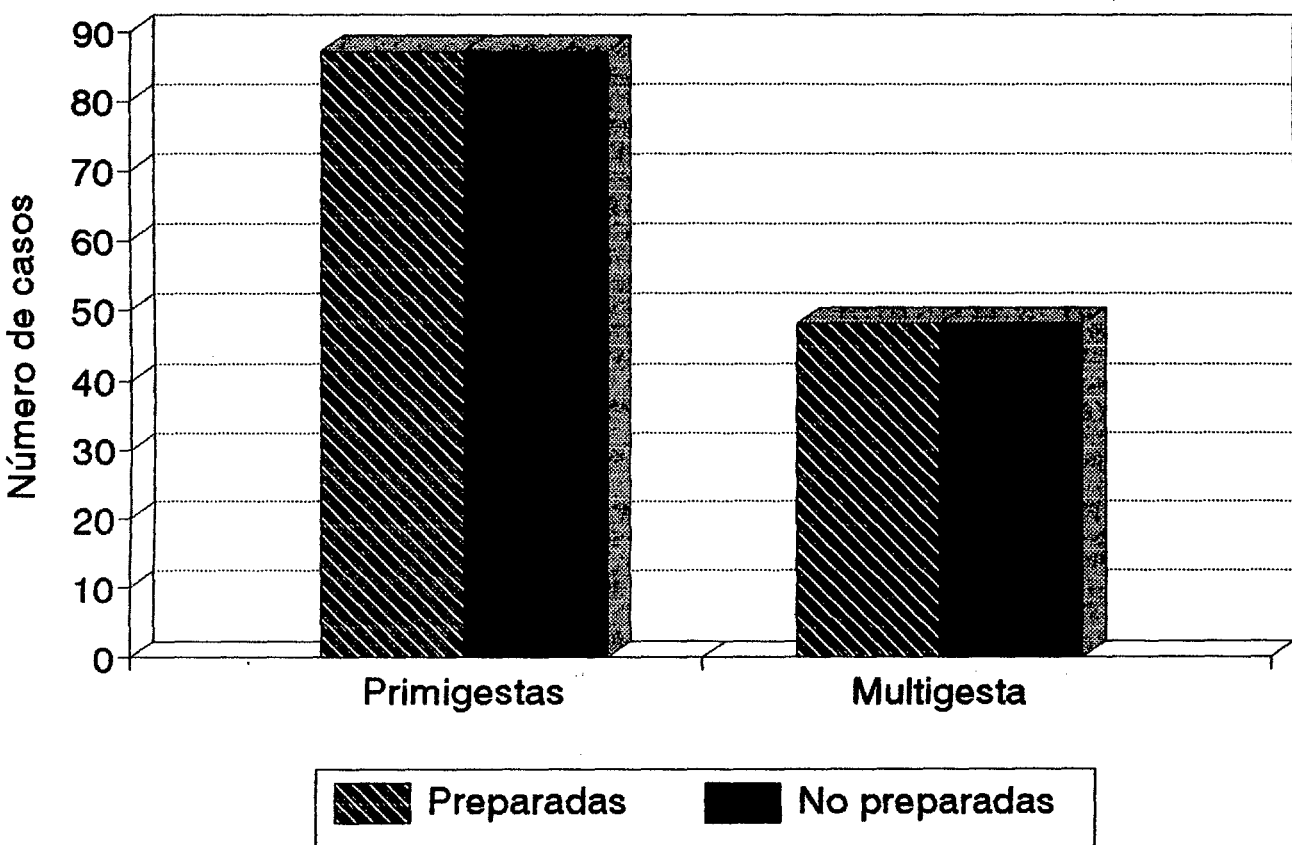
característica fundamentada por lo que en primigestas se incide más en la preparación psicoprofiláctica; dato que también coincide con la atención hospitalaria donde las primigestas son las que en mayor porcentaje acuden para su atención del parto en un hospital, mientras que las multíparas lo hacen en menor escala, entendiéndose todo esto por la idiosincrasia de los habitantes de esta comunidad.

En cuanto al número de hijos de mujeres sometidas a estudio, osciló desde cero hasta dos, resultado que comparado con el número de gestaciones evidencian un buen porcentaje de pacientes con antecedentes de aborto.

El gráfico NQ 01 muestra las nulíparas y multíparas estudiadas, que como se ve coincide con el cuadro 02 el que se evidencia que el 64.4% fueron primigestas, con un 32.2% para cada grupo de estudio; mientras que las multigestas sumaron un 35.6%, las mismas que se dividieron en los dos grupos de estudio.

GRAFICO N° 01

DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES Según paridad



CUADRO Nº 03

INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS DEL DOLOR DEL PARTO EN
GESTANTES DEL HOSPITAL APOYO IQUITOS CESAR GARAYAR
GARCIA, PERIODO ENERO - DICIEMBRE 1995.
DISTRIBUCION SEGUN EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL
PARTO

EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL PARTO	PREPARADAS		NO PREPARADAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
33 - 36 semanas	4	3.0	8	5.9	12	4.4
37 - 40 semanas	128	94.8	118	87.4	246	90.2
> 40 semanas	3	2.2	9	6.7	12	4.4
TOTAL	135	100.0	135	100.0	270	100.0

$$\chi^2 = 0.09079 \quad P = 0.76317 \quad (\text{NS})$$

En el cuadro Nº 03 se observa la edad gestacional al momento del parto; la misma que tuvo un promedio de 38.62 años, con una desviación estándar de 0.41, con un rango que oscila entre 29-42 semanas, pues, como muestra el cuadro en el 94.8 por ciento de las gestantes preparadas el parto se presentó en el rango normal (37 - 40 semanas). Con esto se confirma una vez más lo que refiere Lamaze (11) y otros (15, 16) que las gestantes que reciben preparación psicoprofiláctica durante su embarazo desarrollan un parto fisiológico.

Pero al aplicar la prueba de chi cuadrado se encontró ($\chi^2 = 0.090$; $P = 0.76317$) una diferencia no significativa, resultado que se fundamenta porque los dos grupos de estudio tuvieron porcentajes similares con referencia a los diferentes grupos de edad gestacional.

CUADRO Nº 04

INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS DEL DOLOR DEL PARTO EN
GESTANTES DEL HOSPITAL APOYO IQUITOS "CESAR GARAYAR
GARCIA", PERIODO ENERO - DICIEMBRE 1995.
DISTRIBUCION SEGUN DURACION DEL PERIODO DE DILATACION

DURACION DE DILATACION	PREPARADAS		NO PREPARADAS		TOTAL	
	Nº n = 135	%	Nº n = 135	%	Nº n = 135	%
NULIPARA:						
< 6 horas	42	31.1	2	1.5	44	16.3
6 - 8 horas	45	33.4	31	23.0	76	28.1
8 - 12 horas	4	3.0	37	27.4	41	15.2
12 - 16 horas	1	0.7	17	12.6	18	6.7
16 - 20 horas	2	1.5	5	3.8	7	2.6
20 - 24 horas	-	-	2	1.5	2	0.7
> de 24 horas	-	-	1	0.7	1	0.4
MULTIPARAS:						
< de 5 horas	35	25.9	10	7.4	45	16.6
5 - 8 horas	6	4.4	25	18.5	31	11.5
9 - 12 horas	-	-	3	2.2	3	1.1
13 - 16 horas	-	-	1	0.7	1	0.4
> 16 horas	-	-	1	0.7	1	0.4

$$\chi^2 = 75.7395 \quad P = 0.00000$$

En el cuadro Nº 04 se puede notar la duración del período de dilatación, según paridad. Como se observa, en las nulíparas, el grupo que recibió preparación psicoprofiláctica, en mayor porcentaje estuvo constituida por pacientes que desarrollaron su período de dilatación entre 6 y 8 horas (33.4%), mientras que el grupo que no recibió preparación psicoprofiláctica el mayor porcentaje la ocupan las pacientes en quienes la dilatación demoró entre 8 y 12 horas, resultado que se sustenta en la preparación de la gestante donde se enseña a ésta a relajarse así como respiración y posición adecuada durante el trabajo de parto lo cual permite que éste se

desarrolle en las condiciones de normalidad; de acuerdo con diferentes autores (17,18), que refieren que la dilatación es un proceso psicológico y que esto se realiza con facilidad y rapidez cuando la musculatura cervical no ejerce resistencia y tensión. Se observa que en el estudio existe mucha relación entre la preparación psicoprofiláctica y el trabajo de parto. De igual manera sucede con las multíparas en las cuales el grupo de preparadas psicoprofilácticamente desarrolló un período de dilatación menor de 5 horas equivale al (25.9 por ciento), mientras que las no preparadas desarrollaron un trabajo de parto entre 5-8 horas en un 18.5 por ciento.

Durante todo el año, en el Hospital Iquitos se observó con mucha frecuencia que la duración del trabajo de parto era relativamente corto con respecto a otros lugares. Los motivos pueden ser las costumbres de las pacientes de tomar infusiones de diversas plantas recomendadas por parientes y/o amigos.

Aplicando la prueba de chi cuadrado a nuestros resultados se encontró ($\chi^2 = 75.73$; $P = 0.0000$) que existe diferencia estadística altamente significativa ($P < 0.001$) entre la preparación psicoprofiláctica y la duración del período de dilatación; es decir, que la preparación psicoprofiláctica influye de manera muy significativa en la duración del período de dilatación. Con esto se confirma lo referido por Read (8) y Lamaze

(11), que manifiestan que la preparación psicoprofiláctica disminuye el tiempo de trabajo de parto sin alterar la fisiopatología de éste, de la madre y del feto.

CUADRO Nº 05

INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS DEL DOLOR DEL PARTO EN GESTANTES DEL HOSPITAL APOYO IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA", PERIODO ENERO - DICIEMBRE 1995.
DISTRIBUCION SEGUN DURACION DEL PERIODO EXPULSIVO EN MINUTOS Y SEGUN PARIDAD

PERIODO EXPULSIVO EN MINUTOS	PREPARADAS		NO PREPARADAS		TOTAL	
	Nº n = 135	%	Nº n = 135	%	Nº n = 270	%
NULIPARAS:						
< 20 minutos	91	67.4	49	36.3	140	51.9
20 - 40 minutos	3	2.2	24	17.8	27	10.0
40 - 60 minutos	-	-	19	14.1	19	7.0
> 60 minutos	-	-	3	2.2	3	1.1
MULTIPARAS:						
< 20 minutos	40	29.7	35	29.9	75	27.8
20 - 40 minutos	1	0.7	3	2.2	4	1.5
> 40 minutos	-	-	2	1.5	2	0.7

$$\chi^2 = 84.47 \quad P = 0.0000$$

El cuadro Nº 05 demuestra la duración del período expulsivo, que tanto en las gestantes preparadas y no preparadas el mayor porcentaje lo ocupan quienes dieron a luz dentro de los primeros veinte (20) minutos.

En las nulíparas se observa que el 2.2 por ciento (3 pacientes) de las gestantes no preparadas tuvieron un período expulsivo mayor de 60 minutos, lo que se considera como prolongado de acuerdo a los criterios

establecidos por Becerril (19), pues en estas pacientes no preparadas el período de expulsión se realiza en mayor tiempo y por consiguiente están expuestas a muchas complicaciones debido a que generalmente no conocen cómo realizar el pujo y como consecuencia éste se prolonga. Fenómeno similar ocurre con las multíparas.

Los resultado anteriores que son diferentes a los de Pérez (15), quien en un estudio donde comparó a 211 madres preparadas psicoprofilácticamente y a 211 no preparadas no obtuvo diferencia significativa en cuanto a la duración del período expulsivo.

Aplicando la prueba de chi cuadrado se encontró ($\chi^2 = 84.47$; $P = 0.0000$) que existe diferencia estadística altamente significativa entre la preparación psicoprofiláctica y la duración del período expulsivo; es decir, que la preparación psicoprofiláctica influye significativamente en la duración del período expulsivo.

CUADRO Nº 06

INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS DEL DOLOR DEL PARTO EN
GESTANTES DEL HOSPITAL APOYO IQUITOS "CESAR GARAYAR
GARCIA" PERIODO ENERO - DICIEMBRE 1995.

TIEMPO DEL PERIODO DE ALUMBRAMIENTO

PERIODO DE ALUMBRAMIENTO	PREPARADAS		NO PREPARADAS		TOTAL	
	Nº n = 135	%	Nº n = 135	%	Nº n = 270	%
PRIMIPARAS(N=94)						
< 10 minutos	91	67.4	83	61.5	174	64.4
10 - 20 minutos	3	2.2	4	3.0	7	2.6
20 - 30 minutos	-	-	5	3.8	5	1.9
> 30 minutos	-	-	3	2.2	3	1.1
MULTIPARAS(N=41)						
< 10 minutos	40	29.7	33	24.4	73	27.0
10 - 20 minutos	-	-	6	4.4	6	2.2
20 - 30 minutos	1	0.7	-	-	1	0.4
> 30 minutos	-	-	1	0.7	1	0.4

$$\chi^2 = 33.82 \quad P = 0.00000$$

El cuadro Nº 06, nos muestra la duración del alumbramiento en minutos. Como se observa, tanto en nulíparas como en multíparas, así como también en preparadas y no preparadas, ocurrió la expulsión de la placenta y anexos dentro de los primeros 10 minutos.

Aplicando la prueba de chi cuadrado se encontró ($\chi^2 = 33.818$; $P = 0.0000$) que existe una diferencia estadística altamente significativa entre la preparación psicoprofiláctica y la duración del período de alumbramiento en minutos, es decir, que la preparación psicoprofiláctica también influye en la duración del período de alumbramiento.

En los Gráficos Nº 2 y 3 se ofrecen los resultados de la duración de parto en forma global de las nulíparas y multíparas, respectivamente.

También en estos resultados la diferencia estadísticamente, es altamente significativa ($\chi^2 = 82.67$ $P = 0.0000$) ($P < 0.0000$), es decir, que en todos los períodos la influencia de la preparación psicoprofiláctica es altamente significativa con relación a la duración del trabajo de parto, resultado que muestra un contraste con Pérez Sánchez (2), quien no obtuvo diferencia significativa en los parámetros obstétricos analizados, tales como duración del trabajo de parto, período expulsivo y dinámica uterina. Tal vez aquello se explica por las diferencias idiosincrásicas étnicas de las poblaciones que integraron ambas investigaciones, ya que la mayoría de los habitantes de Iquitos refirieron que tienen la costumbre de acudir a un hospital, previa ingesta de infusiones para acelerar el trabajo de parto y quizá esto es una de las causas para la aceleración del trabajo de parto, inclusive en el grupo control.

GRAFICO N° 02

Duración Total del trabajo de Parto Nulíparas

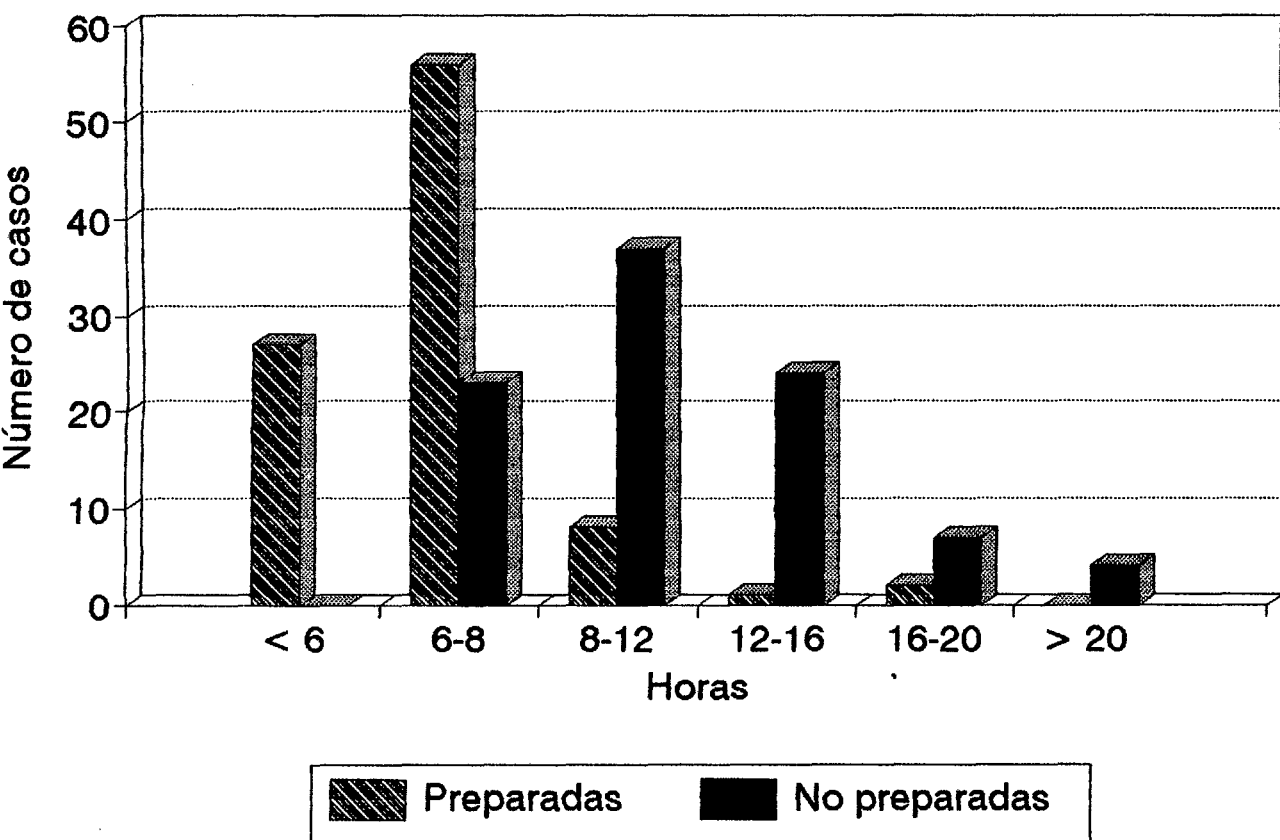


GRAFICO N° 03

Duración Total del trabajo de Parto Multíparas

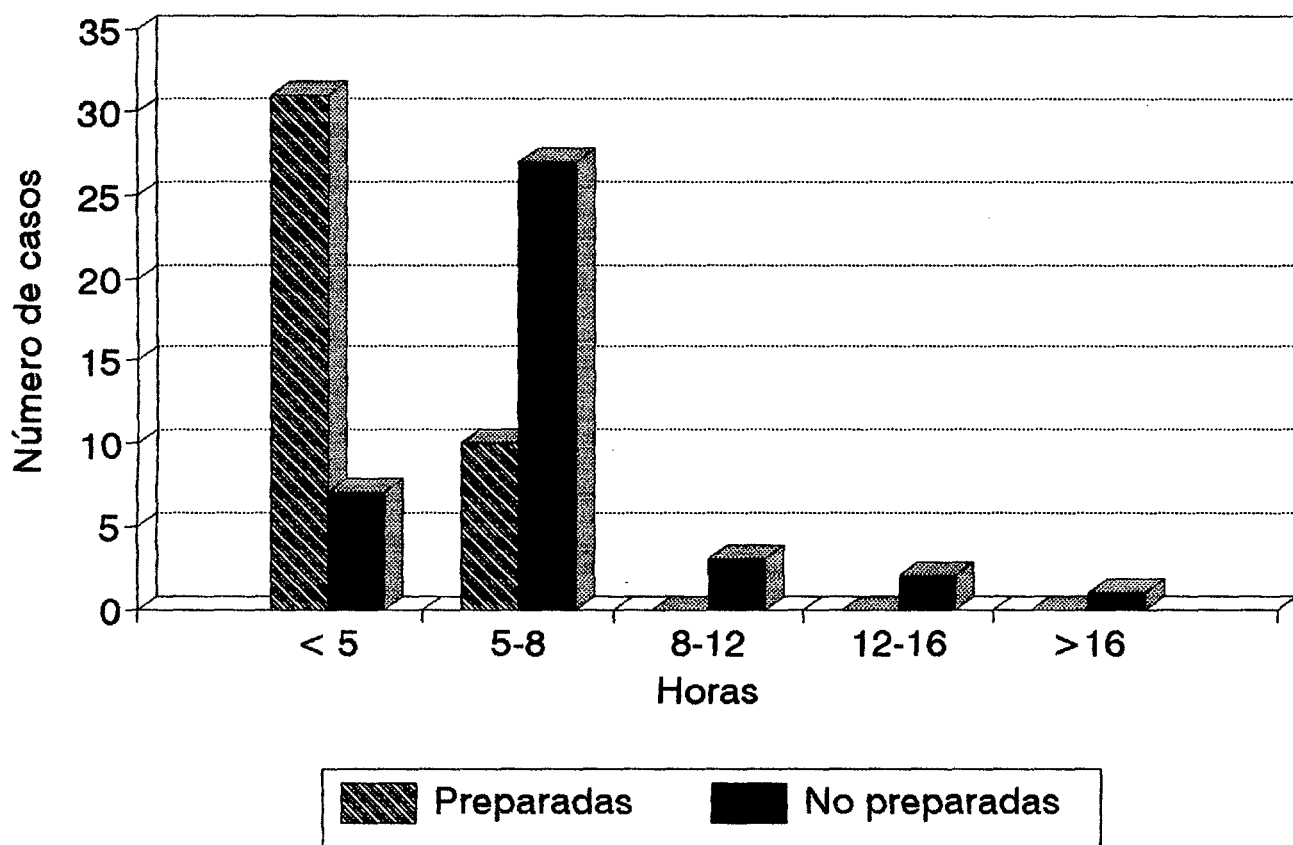


TABLA A

**VALOR PROMEDIO DE LA DURACION DEL TRABAJO DE PARTO
EN SUS DIFERENTES PERIODOS**

DIFERENTES PERIODOS DE TRABAJO DE PARTO	PROMEDIO	DESVIACION ESTANDAR	RANGO
PERIODO DILATACION: (horas)			
Grupo experimental	6.3490	2.5607	2.40-17.00
Grupo control	8.8882	4.4639	2.60-25.00
TOTAL	7.6186	4.2852	2.40-25.00
PERIODO EXPULSIVO: (minutos)			
Grupo experimental	12.3185	7.4119	4 - 40
Grupo control	23.9481	15.7822	2 - 80
TOTAL	15.6333	14.8655	2 - 80
PERIODO ALUMBRAMIENTO (minutos)			
Grupo experimental	7.0815	2.4313	2 - 21
Grupo control	11.0593	7.0370	1 - 60
TOTAL	9.0704	5.6198	1 - 60
DURACION TOTAL TRABAJO DE PARTO (horas)			
Grupo experimental	6.5029	2.5571	1.50-17.16
Grupo control	9.3965	4.5441	3.05-25.28
TOTAL	7.9497	4.4218	1.50-25.28

La tabla A nos muestra el tiempo promedio de los diferentes períodos del parto según grupo, así como su desviación estándar y su rango.

Así observamos que en el período expulsivo existe una diferencia de 2.54 horas para el grupo experimental. De igual manera, el límite superior para el grupo experimental fue de 17 horas, por lo que se puede decir que no hubo casos de pacientes con trabajo de parto prolongado en este grupo; lo que no sucedió con el grupo control donde se presentaron 3 casos de prolongación de esta fase según los criterios establecidos por Becerril (19).

Estos resultados muestran un contraste con los estudios de Stoll y Tager, citados por Pschyrember (25), quienes encontraron que el período de dilatación es de 9 - 15 horas en las nulíparas y de 7 - 11 horas en las multíparas, de igual manera con los estudios de Mongrut (1), quien encontró una duración del período de dilatación del cuello de 10 - 12 horas en las nulíparas y de 4 - 5 horas en las multíparas.

De igual manera en esta misma tabla se demuestra que el período expulsivo también experimentó una diferencia de 11.63 minutos, con lo que se confirma una vez más que la preparación psicoprofiláctica disminuye significativamente la duración del período expulsivo.

Estos resultados difieren de los reportados en textos de diversos autores (26, 2, 17), quienes sostienen una duración media de 50 minutos en nulíparas y 20 minutos en multíparas.

El promedio de tiempo del período de alumbramiento muestra una diferencia de 3.98 minutos entre el grupo control y el grupo experimental; presentándose los límites superiores para el grupo experimental de 21 minutos y para el grupo control de 60 minutos; pues, estos resultados se encuentran dentro del rango normal expresado por otros autores. (27)

CUADRO Nº 07

INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS DEL DOLOR DEL PARTO EN
GESTANTES DEL HOSPITAL APOYO IQUITOS "CESAR GARAYAR
GARCIA", PERIODO ENERO - DICIEMBRE 1995.
ACTITUD DE LAS PACIENTES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

ACTITUD MATERNA	PREPARADAS		NO PREPARADAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NULIPARA:						
Tranquila-colab.	87	64.4	4	3.0	91	33.7
Desesperada	5	3.7	59	43.8	64	23.7
Ansiosa	2	1.5	31	23.0	33	12.3
Indiferente	-	-	1	0.7	1	0.4
MULTIPARA						
Tranquila-colab.	39	28.9	10	7.4	49	18.1
Desesperada	2	1.5	10	7.4	12	4.4
Ansiosa	-	-	18	13.3	18	6.6
Indiferente	-	-	2	1.4	2	0.8

$$\chi^2 = 24.183 \quad P = 0.0001 \text{ (altamente significativo)}$$

En el cuadro Nº 07 se observa la conducta que experimentó la gestante durante el trabajo de parto. Así, en las nulíparas el 64.4 por ciento de las gestantes preparadas contra el 13 por ciento de las gestantes no preparadas tuvo una actitud serena, colaboró en todo momento; mientras que las mujeres que tuvieron un comportamiento ansioso, desesperado y no colaboraron se encontraron en mayor porcentaje en las no preparadas. Fenómeno similar ocurre en las multíparas preparadas donde las mujeres que colaboraron sumaron un 28.9 por ciento. En las preparadas psicoprofilácticamente fueron muy pocos los casos en los que se presentó desesperación o ansiedad, dato coincidente con la serie de 1,500 casos publicada por Nikolaiev (16) donde se destaca que el 50 por ciento de las madres tuvieron una actitud de calma

absoluta durante el parto, prácticamente sin acusar dolor en ninguna de las etapas del parto, que el 30 por ciento de las madres presentó una actitud serena, con quejas de corta duración y dolores soportables, que el 15 por ciento necesitó algún tipo de analgesia; y que en el 5 por ciento de los casos se estimó el procedimiento como fracasado. De igual manera coincide con Vermorel (28), quien calificó a los resultados como excelentes en un 50 por ciento y fracasados en un 4.3 por ciento.

Aplicando la prueba de chi cuadrado ($\chi^2 = 24.183$ $P=0.0001$) se encontró que existe una diferencia estadística altamente significativa ($P<0.001$) entre la conducta de la gestante y la preparación psicoprofiláctica, es decir, que esta preparación en la gestante influye significativamente en la conducta o comportamiento de ésta durante el trabajo de parto.

CUADRO Nº 08

INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS DEL DOLOR DEL PARTO EN
GESTANTES DEL HOSPITAL APOYO IQUITOS "CESAR
GARAYAR GARCIA", PERIODO ENERO - DICIEMBRE 1995.
PUNTAJE DE APGAR DEL RECIEN NACIDO AL MINUTO

APGAR AL MINUTO	PREPARADAS		NO PREPARADAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
			5	3.7	5	1.8
4 - 6	16	11.9	46	34.1	62	23.0
7 - 10	119	88.2	84	62.2	203	75.2
TOTAL	135	100.0	135	100.0	270	100.0

X Grupo experimental = 8.65 ± 0.54 Rango 0 - 9

X Grupo control = 7.02 ± 0.42 Rango 1 - 9

$\chi^2 = 23.219$ P = 0.0000 (Altamente significativo)

En el cuadro Nº 08 encontramos el APGAR del recién nacido al minuto con un promedio de APGAR para el grupo de preparadas de 8.65, con una desviación estándar de 0.54 y un rango de 0 - 9 puntos.

Para el grupo de no preparadas el puntaje promedio fue de 7.02 con una desviación estándar de 0.42 y un rango de 1 - 9 puntos. En este grupo se tuvo 2 casos de natimueitos con Apgar de 1 al minuto, 01 por expulsivo prolongado que fue una primípara que demoro 01 hora con 40 minutos y otro caso por DPP en fase expulsiva.

02 recién nacidos además fallecieron dentro de las primeras 6 horas de vida por complicarse con aspiración meconial. Como se observa, en un 88.2 por ciento las gestantes preparadas contra un 62.2 por ciento de las no preparadas cursaron con un puntaje de Apgar mayor de 7.

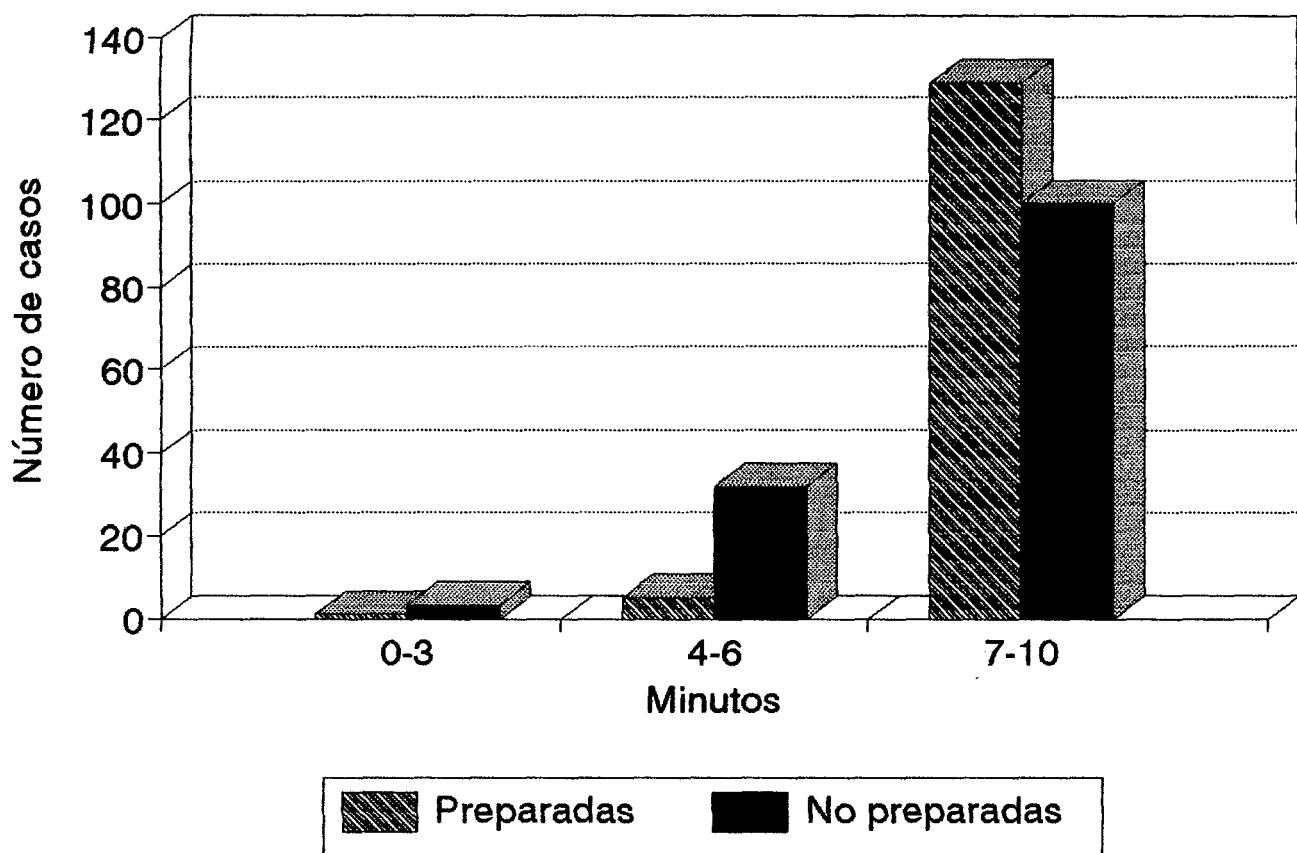
Aplicando la prueba de chi cuadrado ($\chi^2 = 23.219$; $P = 0.0000$) se encontró que existe diferencia estadísticamente significativa entre el APGAR del recién nacido y la preparación psicoprofiláctica ($P < 0.011$), es decir, que los recién nacidos de madres gestantes que fueron preparadas tuvieron un puntaje de APGAR más elevado. Este fenómeno se presentó por la conducta serena y tranquila que éstas desarrollaron durante el trabajo de parto, lo cual hace que el feto en ningún momento sufra privación de aporte de oxígeno y por ende padezca hipoxia. Resultado que muestra un contraste con Pérez A. (15) en 1962, en Chile donde no encontró diferencia significativa en relación a la evaluación del recién nacido.

El gráfico 04 muestra como los recién nacidos que nacen con hipoxia leve o moderada y no presentan otro tipo de complicación se recuperan rápidamente, mientras que los que nacen con hipoxia severa (1 - 3) no se recuperan y traen como consecuencia serias secuelas para el recién nacido.

GRAFICO N° 04

APGAR DEL R. N.

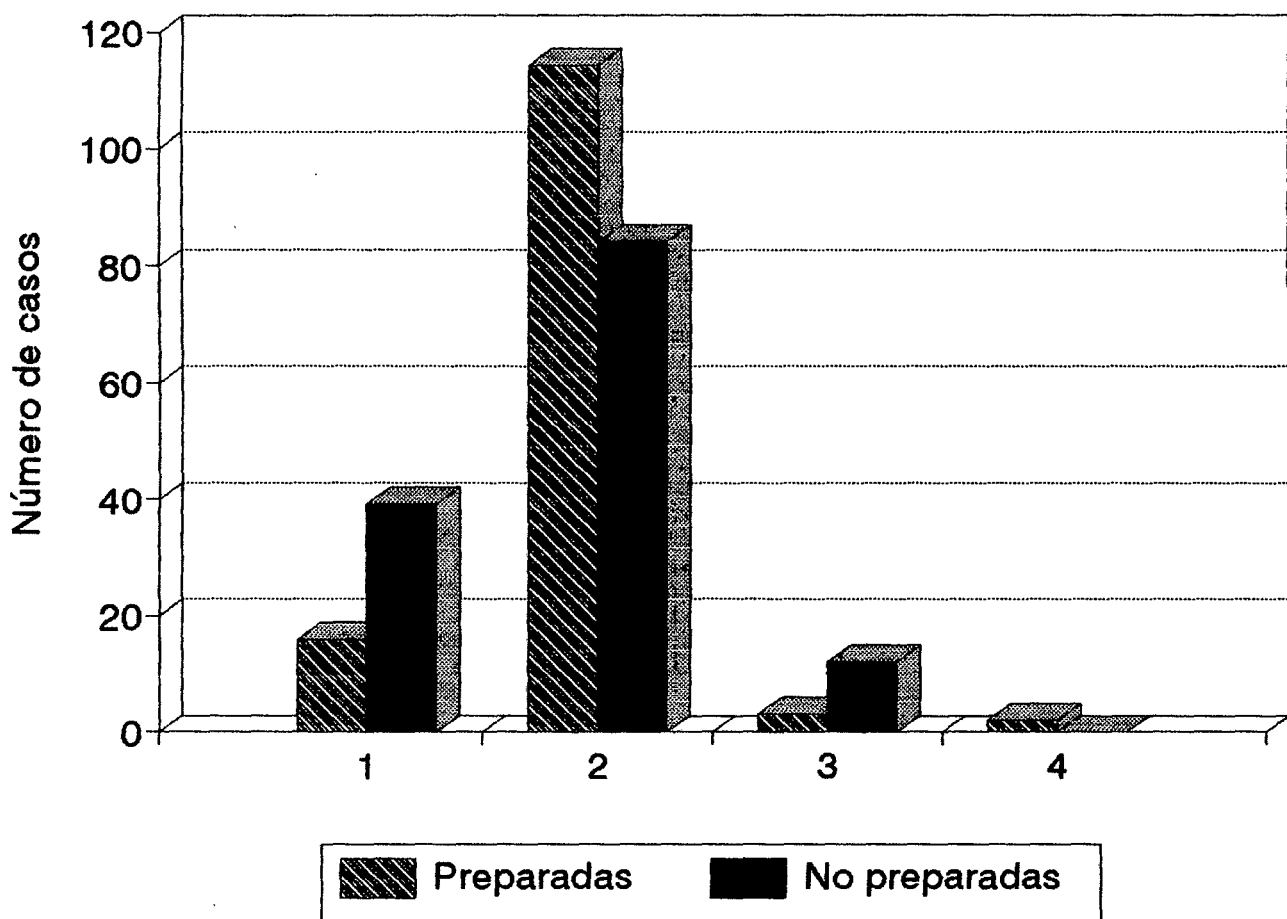
A los cinco minutos



El gráfico 05 muestra el color del líquido amniótico según grupo de estudio. Como se observa en mayor porcentaje (84.4%) de gestantes preparadas el líquido amniótico fue claro mientras que los que cursaron con líquido amniótico puré de arvejas en mayor porcentaje (8.9%) correspondió a los recién nacidos de madres no preparadas. Se nota pues, una relación directa entre la puntuación del Apgar y la coloración del líquido amniótico.

GRAFICO N° 05

Color del Líquido Amniótico



LEYENDA:

Verde = 1
Claro = 2
Pure de arveja = 3
Sanguinolento = 4

CUADRO Nº 09

INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS DEL DOLOR DEL PARTO EN
GESTANTES DEL HOSPITAL APOYO IQUITOS "CESAR GARAYAR
GARCIA" PERIODO ENERO - DICIEMBRE 1995.

DISTRIBUCION SEGUN COMPLICACIONES

COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE TRABAJO DE PARTO	PREPARADAS		NO PREPARADAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Expul.prolongado más sufr. fetal	-	-	5	3.7	5	1.9
Trabajo de parto prolongado	-	-	2	1.5	2	0.7
Hipodinamia	-	-	3	2.2	3	1.1
Hiperdinamia	-	-	4	3.0	4	1.5
D P P	-	-	1	0.7	1	0.4
Sufram. fetal	1	0.7	1	0.7	2	0.7
Dilatac.Estaci.	-	-	5	3.7	5	1.9
Aspirac.Meconial	-	-	6	4.4	6	2.2
Atonía	1	0.7	4	3.0	5	1.9
Hipertermia R.N.	-	-	1	0.7	1	0.4
Trab.parto pro- longado-atonía	-	-	1	0.7	1	0.4
Ninguno	133	98.6	102	75.7	235	87.1
TOTAL	135	100.0	135	100.0	270	100.0

$$\chi^2 = 42.494 \quad P = 0.0000 \text{ (Altamente significativo)}$$

Para clasificar como expulsivo prolongado o trabajo de parto prolongado se toma los criterios establecidos por Becerril (19), ya que la población estudiada por esta autora tiene rasgos muy comunes a la del presente estudio, en el que se considera como expulsivo prolongado a la duración con más de 1 hora con 20 minutos en las nulíparas y mayor de 40 minutos en la múltipara. Tomando este criterio se tuvo 3 casos de nulíparas y 2 casos de múltiparas no preparadas.

Mientras que para el trabajo de parto prolongado Becerril (19) considera 21.8 horas o más en la nulípara q 17.9 horas o más en las multíparas. Tomando en cuenta estos criterios en esta investigación se tuvo 3 casos de gestantes nulíparas no preparadas los mismos que guardan una relación directa con la conducta que las pacientes presentaron durante el trabajo de parto.

En el cuadro NQ 09 se observa las complicaciones maternas que ocurrieron durante el trabajo de parto, parto y puerperio inmediato; así vemos que en el grupo de gestantes preparadas sólo se presentó un caso de sufrimiento fetal, donde nació un bebé con un puntaje de Apgar 4, el mismo que durante todo el trabajo de parto presentó alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, correspondiendo a una gestante primeriza que se desesperó. En otro caso ocurrió una atonía uterina post-alumbramiento inmediato que, inclusive, se llegó a transfundirle sangre.

Mientras que en el grupo de las no preparadas se presentaron complicaciones en mayor porcentaje, siendo las mayores: aspiración meconial en el recién nacido, dilatación estacionaria, Sufrimiento fetal por expulsivo prolongado y distocias de contracción uterina. No se ha encontrado trabajos referentes a este punto para ampliar la discusión y hacer una comparación.

Cuando se aplicó la prueba de chi cuadrado ($\chi^2 = 42.494$; $P = 0.0000$) se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la preparación psicoprofiláctica y la ocurrencia de complicaciones; es decir, las mujeres que no recibieron preparación desarrollaron mayor porcentaje y número de complicaciones que las preparadas

CUADRO Nº 10

INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS DEL DOLOR DEL PARTO
EN GESTANTES DEL HOSPITAL APOYO IQUITOS "CESAR
GARAYAR GARCIA PERIODO ENERO - DICIEMBRE 1995.

PERCEPCION DEL DOLOR SEGUN OPINION DE LA PACIENTE
DURANTE EL PERIODO DE DILATACION Y EXPULSIVO

GRADO DE DOLOR	PREPARADAS		NO PREPARADAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy suave	18	13.3	10	7.4	28	10.4
Moderado	92	68.1	29	21.5	121	44.8
Severo	16	11.9	51	37.8	67	24.8
Muy intenso	9	6.7	45	33.3	54	20.0
TOTAL	135	100.0	135	100.0	270	100.0

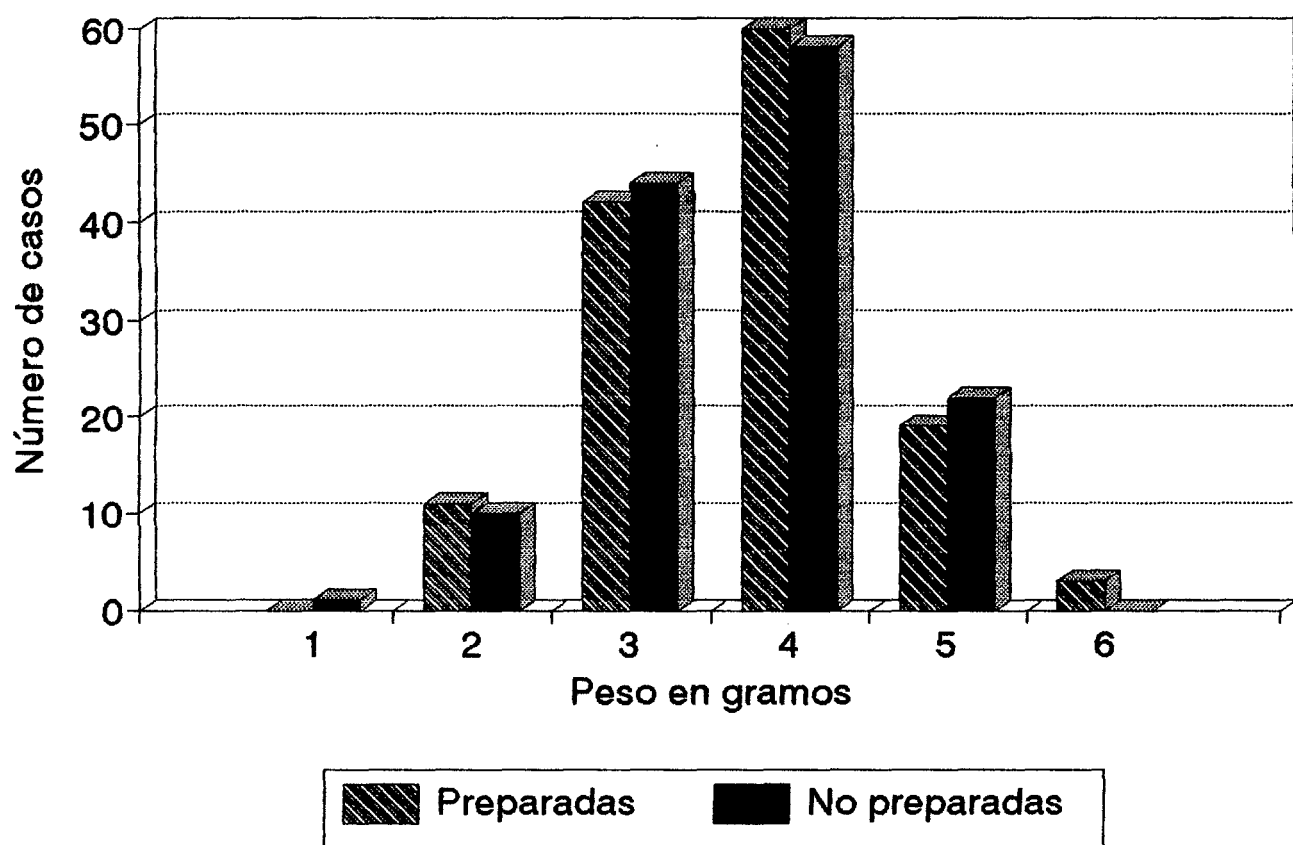
$\chi^2 = 57.047$ $P = 0.0000$ (Altamente significativo)

El cuadro Nº 10 nos presenta la opinión de las pacientes según percepción del dolor durante el trabajo de parto. El mayor porcentaje de mujeres preparadas (68.1%) califican a este dolor como moderado, seguido de aquellas que califican de muy suave (13.3%); en cambio en las no preparadas esto fue a la inversa, especialmente las nulíparas consideran como severo o muy intenso en un (37.8%) y (33.3%); respectivamente.

Aplicando la prueba de chi cuadrado (χ^2 57.047; $P = 0.0000$) se encontró que existe diferencia estadística altamente significativa entre el grado de valoración del dolor y la preparación psicoprofiláctica ($P < 0.001$), es decir, que las gestantes no preparadas experimentaron un dolor más intenso que las gestantes preparadas. Estos resultados coinciden con los estudios de Melsack en 1984 en Canadá (29) quien aplicando un test para valorar el dolor obtuvo un significativo menor puntaje de dolor en aquellas no preparadas. Este investigador reporta que el dolor fue percibido como muy suave en el 9.2 por ciento, moderado en 29.5 por ciento, severo en el 37.9 por ciento y muy intenso en el 23.4 por ciento; así como también los estudios de Nikolaiev (16) reportan que en un 30 por ciento las mujeres preparadas consideraron al dolor como soportable; también Pérez A. (15), observó una significativa mejor tolerancia al dolor en el grupo preparado.

El gráfico N° 06 nos ilustra sobre el peso del recién nacido, pues, el peso promedio de los recién nacido, fue de 3,051.56 gramos, con una desviación estándar de 435.6 grs. y un rango de 1060-4400 grs.. Se tuvo un bajo porcentaje de recién nacidos con bajo peso, no presentándose diferencia entre los dos grupos de estudio.

GRAFICO N° 06 **Peso del R. N.** **Según tipo de paciente**



LEYENDA:

Menor 1500 grs. = 1	3000 - 3499 grs. = 4
1500 - 2499 grs. = 2	3500 - 3999 grs. = 5
2500 - 2999 grs. = 3	≥ 4000 grs. = 6

CONCLUSIONES

1. La preparación en psicoprofiláxis prenatal influye significativamente y en forma positiva en el trabajo de parto.
2. La preparación en psicoprofiláxis prenatal influye significativamente en la duración del trabajo de parto, disminuyéndola como consecuencia.
3. El tiempo promedio de duración de los diferentes períodos del trabajo de parto en gestantes preparadas fue:

Período de dilatación = 6.35 horas.

Período expulsivo = 12.32 minutos

Período de alumbramiento=7.08 minutos

Total del trabajo de parto = 6.51 horas.

4. En cuanto a las complicaciones maternas en el grupo de preparadas sólo ocurrió un caso de atonía (0.7%). Mientras que en las no preparadas se tuvo un mayor porcentaje.

- Dilatación estacionaria	3.7%
- Expulsivo prolongado	3.7%
- Distocia contracción	4.4%
- Trabajo de parto prolongado	1.5%
- Otros	1.5%

5. Las complicaciones perinatales en la gestante preparada fue asfixia neonatal en un 11.85
- En las gestantes no preparadas :

- Asfixia neonatal en un 37.8%
- Aspiración meconial 4.4%
- Otros 1.5%

6. La conducta de la gestante preparada durante el trabajo de parto fue tranquilidad y serenidad en un 93.3%.

Mientras que en las gestantes no preparadas en 51.1% se desesperó un 36.3% sufrió de ansiedad.

7. La organización del curso para la preparación psicoprofiláctica es adecuada y efectiva.

RECOMENDACIONES

1. En todos los Hospitales y establecimientos de Salud se deben organizar cursos de preparación psicoprofiláctica, dirigida a todas las gestantes sin distinción de paridad, clase social y/u otro aspecto, a fin de orientarlas y educarlas sobre los diferentes aspectos de la concepción y maternidad y así disminuir las complicaciones que del trabajo de parto se deriven.
2. Los cursos de preparación en psicoprofilaxis del dolor en el parto, se deben organizar en horarios adecuados para asegurar la asistencia permanente de las gestantes así como de sus parejas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MONGRUT S.A.: **Tratado de obstetricia** Lima Perú
edit.científica, tercera edic. 1989 pág. 469.
2. PEREZ S.A.: **Obstetricia** Santiago de Chile, edit.
mediterráneo, segunda edic. 1992, pág.
222,237,238,245,357,
3. SASMOR J.L.: **Educación para el parto.** México edit.
Limusa primera edic. 1990 pág. 47-84.
4. VANDER A.: **Parto sin dolor** Barcelona España edit.
y librería sintes ronda Universidad, tercera
edic. 1981 pág. 189.
5. GRANADA V.M.: **La mujer y el proceso reproductivo.**
Colombia edit. Guadalupe Ltda. primera edic.
1990, pág. 297, 326.
6. GAVENSKY R. **Parto sin temor y parto sin dolor**
Buenos Aires Argentina, edit. el ateneo 17
ava. edic. 1987 pág. 321.
7. SCHWARZ R.L. **Obstetricia** Buenos Aires Argentina
edit. el ateneo 4ta. edic. 1987 pág. 138.
8. READ D.L.: **accouchement San dolleur.** París Edit.
coibert 1992 pág. 185.
10. TAYLOR S.E. **Obstetricia de Beeck** España edit.
interamericana primera edic. 1987 pág 649.
11. LAMAZE F.: **Qu' est. ce. que l' Accoouchement Sans**
Douleur. París Editeurs la Farandole 1986.

12. PAVLOV I.: **Reflejos condicionados e inhibiciones**
Barcelona ediciones península 1987.
13. COPLAN R. M.: **Fundamentos de obstetricia.** México
edit. Limusa primera edic. 1989 pág. 115-192.
14. RIOS R.; GARCIA J.: **Consideraciones clínicos
epidemiológicos del sangrado post-parto en el
Hospital Regional de Loreto** Tesis para optar
el título de Obstetrix UNSM-Tarapoto 1991.
15. PEREZ A.; CELIS L.; VELA P. Y cols. **Evaluación del
resultado obstétrico en 211 madres con
preparación psicoprofiláctica.** IV congreso
latinoamericano de obstetricia y ginecología
Bogotá Colombia 1992; pág 469.
16. NIKOLAIEU A.: **El parto sin dolor** Buenos Aires
edit. cartago, 1969 pág. 185.
17. BOTERO U.J.: **Obstetricia y ginecología** 4ta. edic.
edit. carbajal S.A. 1990 pág. 179.
18. CARTAJENA B.M. CANALES R.: **Preparación
psicoprofiláctica para el parto** Santiago de
Chile edit. Mediterráneo, 1992 pág. 104.
19. BECERRIL I.M.: **Curva de trabajo de parto y sus
alteraciones en el Hospital de Apoyo II
integrado IPSS Tarapoto.** Tesis para optar el
título profesional de Obstetrix UNSM. 1992.
20. FRIEDMAN, E.A.: **Labor in múltipar A:**
Graphicostistal analysis. obstec. 8:69. 1956.

21. HURTADO, K.H. : **Curva de trabajo de parto normal en mujeres peruanas.** Ginec. y Obst. 17;173 Lima 1979.
22. VASQUEZ P. P.: **"Período expulsivo" duración en nulíparas y multíparas en el servicio de obstetricia del Hospital de Apoyo Belén de Trujillo** Tesis para optar el título profesional de Obstetrix UNSM 1991.
23. FERNANDEZ M. L. : **La curva de Friedman Utilización en nuestro medio, trabajo de habilitación.** Universidad Nacional de Trujillo 1980.
24. LOPEZ, J.S.: **Partograma normal, su interpretación su interpretación en nuestro medio** Trabajo de habilitación. Universidad Nacional de Trujillo 1982.
25. PSCHILEMBER W.: **Obstetricia práctica.** Barcelona 3ra. edic. Edit. Labor S.A. 1988 Pág. 237.
26. PRITCHARD, J.A. **Williams Obstetricia** edit. Salvat S.A. 3ra. edic. Barcelona España pp: 900 1986.
27. CASTELLANOS M.M.; ORTIZ L.: **Módulo de instrucción a la comunidad sobre psicoprofilaxis obstétrica.** Bogotá Colombia 1986 109 p.
28. VERMOREL H. **El parto sin dolor** Buenos Aires: Edit Catargo 1987 pág 197.
29. MELZACK R. **The myth of painless childbirth,** Pain 1984; 19:321.

ANEXO 01

DATOS DE INVESTIGACION

NOMBRES Y APELLIDOS

DIRECCION

FECHA DE ENTREVISTA

GRUPO AL QUE PERTENECE:

Experimental 1

Control 2

ENTREVISTA:

A. DATOS GENERALES:

1. Edad años cumplidos

2. Lugar de nacimiento

3. Lugar de procedencia

4. Grado de instrucción:

Analfabeta (0)

Primaria incompleta..... (1)

Primaria completa (2)

Secundaria incompleta (3)

Secundaria completa (4)

Superior (5)

5. Ocupación:

Agricultora	(0)
Secretaria	(1)
Ama de casa.....	(2)
Empleada	(3)
Costurera	(4)
Comerciante	(5)
Otro	(6)

6. Estado civil:

Soltera	(0)
Casada	(1)
Conviviente	(2)
Otro	(3)

7. Número de gestaciones

8. Número de hijos

9. Número de partos a término

10. Número de pretérminos

11. Número de abortos

12. Edad gestacional

ANTECEDENTES DE PREPARACION PSICOPROFILACTICA:

1. Recibió preparación psicoprofiláctica:

SI (1)

NO (2)

2. Número de clases:

.....

3. Complicaciones del parto:

DPP	(1)
Hiperdinamia	(2)
Hipodinamia	(3)
Dilatación estacionaria	(4)
Expulsivo prolongado	(5)
Retención placentaria	(6)
Sufrimiento fetal	(7)
Trabajo de parto prolongado	(8)
Atonía	(9)
Hipotonía	(10)
Hemorragia puerperal	(11)
Sub involución	(12)
Aspiración meconial.....	(13)
Hipertermia recién nacido.....	(14)

4. Duración trabajo de parto:

P. dilatación	horas
P. expulsivo	minutos
P. alumbramiento	minutos
Total	horas.

5. Conducta que experimento durante el trabajo de parto:

Se desesperó	1
Tranquila	2
Indiferente	3
Colaboradora	4

Muy susceptible .5

Ecuánime 6

Otro 7

6. Apgar del recién nacido: Peso del R.N.
 Al minuto gr.
 al los cinco minutos.....

7. Color del líquido amniótico:

Verde	1	Puré de arveja	4
Claro	2	Sanguinolento	5
Amarillo	3	Otro.....	6

8. Cómo percibistes el dolor durante el trabajo de parto:

Muy suave	1	Moderado	2
Severo	3	Muy intenso	4

ANEXO Nº 02

ESQUEMA DEL CURSO DESARROLLADO EN LA PREPARACION DE LA GESTANTE.

El curso comprendía de 08 sesiones, las que se inicia entre el 26 y 30 semanas de embarazo. Cada uno de ello comprende de una parte teórica y otra práctica. Los grupos de instrucción estaban compuestos por 10 madres y la instructora, que se reunían durante 60 a 90 minutos por semana.

La metodología comprendió clases expositivas, sesiones de grupos y talleres con amplio apoyo de material audiovisual. Se realizó una evaluación diagnóstica de los conocimientos del proceso reproductivo humano al inicio y al término del curso.

La sesiones se realizó de la siguiente manera, tratando de alcanzar los objetivos a cada sesión.

Primera sesión:

- Se logró de que cada gestante acuda con su pareja, se informó sobre el desarrollo del curso.
- Conocer las expectativas que tiene la pareja acerca del curso, a través de mesa redonda.
- Determinar el conocimiento de la pareja sobre el proceso reproductivo humano a través de un test.
- Conocer dudas, temores, experiencias positivas y

negativas de la pareja en relación al parto a través de taller anónimo.

Segunda sesión:

- Comprender la relación parto-dolor
- Exposición de las bases del método de preparación psicoprofiláctica para el parto.
- Comprender la importancia de la preparación psicoprofiláctica para el parto.

Tercera sesión:

- Identificar los órganos genitales externos e internos, femeninos y masculinos.
- Conocer los aspectos más importantes de reproducción humana.
- Aprender a realizar ejercicios de respiración abdominal y pélvica.
- Aprender a realizar ejercicios de relajación.

Cuarta sesión:

- Comprender el proceso de crecimiento y desarrollo fetal.
- Identificar algunos factores que influyen en el crecimiento y desarrollo fetal.
- Aprender a realizar ejercicios de respiración costal y de reforzamiento de la musculatura abdominal.
- Realizar ejercicios de relajación.

Quinta sesión:

- Identificar algunos cambios anatómicos y fisiológicos producidos por la gestación.
- Comprender los cambios psicológicos producidos por el embarazo.
- Conocer los cuidados que debe tener la mujer embarazada.
- Aprender a realizar los ejercicios de extensión de los músculos dorsales y de preparación de la musculatura perineal.
- Realizar ejercicios de relajación.

Sexta sesión:

- Conocer los aspectos más importantes de los períodos del parto.
- Reconocer las manifestaciones que indican a la pareja cuando concurrir a la maternidad.
- Aprender a realizar ejercicios de pujo.
- Realizar ejercicios de relajación.
- Relacionar los ejercicios físicos y de relajación que se aplican en cada período de parto.

Séptima sesión:

- Analizar el rol activo que debe desempeñar la embarazada en el parto.
- Revisar los contenidos estudiados en el curso.
- Revisar aquellos ejercicios físicos que presenta mayor dificultad en la realización.

Octava sesión:

- Exposición sobre sexualidad y auto estima.
- Desarrollo de la auto estima personal a través de taller simulando situaciones hipotéticas de atropello.
- Resolución de inquietudes de la gestante relacionada a diferentes puntos.
- Visitar un centro obstétrico, instruyendoles sobre el proceso de admisión que se realizará cuando ellas acudan al establecimiento para dar a luz.

EXPLICACION DETALLADA DE LOS EJERCICIOS A REALIZAR**SEGUNDA SESION:**

1. El temor, provocado por falso dolor provocado por reflejo un estado de tensión en el cuello del útero , lo cual dificulta su dilatación y por lo mismo provoca dolor. Este, a su vez, aumenta el temor y se establece un círculo vicioso: temor-tensión-dolor (6).
2. Imagen Gráfica de un cerebro pasivo, agotado e ignorante de los hechos antígenos al parto. Los estímulos (flechas) que provienen del útero, penetran sin dificultad en el cerebro porque no existe ninguna zona de frenado. (6)

Imagen gráfica de un cerebro activo, cubierta por múltiples focos de actividad y frenado, los estímulos (flechas) que provienen del útero, no pueden alcanzar la corteza cerebral, que está bloqueadas por zonas de frenado (círculos). Cerebro

activo equivale a falta de dolor. (6)

CORRECCION DE LA POSTURA:

1. **En posición de pie.-** Hay 5 puntos de equilibrio en el cuerpo y son:

La cabeza, los hombros, el diafragma, la pelvis y los pies; las principales características de la buena postura en la posición de pie son: mirada al frente, cabeza erguida, hombros proyectados hacia atrás, torax elevado, la pelvis toda hacia arriba y adelante, los pies paralelos y el peso total del cuerpo proyectado hacia adelante (Figura A).

1. **En la marcha.-** Estando en pie, en postura correcta, para dar el primer paso debemos desplazar el peso hacia adelante, apoyando el talón primero y luego de planta (Figura B); el segundo paso se da con el impulso logrado por el primero, para lo cual se deben utilizar los dedos del pie que ya han avanzado, apoyándolos con fuerza contra el suelo. Se recomienda un paseo diario de 60 minutos que será muy beneficioso.

3. **Al Sentarse.-** Para sentarse, lo mejor será utilizar los músculos de los muslos; así se olvidarán los dolores lumbares.

4. **En Cucullillas.-** Cuando haya de levantar algo del suelo, la embarazada no debe hacer de forma normal, lo mejor es que incline el tronco hacia adelante y, para volver a ponerse de pie, desde la posición de cucullillas, eleve primero la pelvis, manteniendo el tronco inclinado, extendido luego las piernas y elevando el cuerpo, con un esfuerzo que se localizará puramente a nivel de los muslos.

TERCERA SESION:

A. RESPIRACION:

1. **Respiración abdominal o diafragmática.-**

Inspirar pausadamente expandiendo la pared abdominal.

Se debe tratar de que este movimiento de respiración dure como mínimo un minuto, para lo cual la inspiración y espiración debe efectuarse muy lentamente, cada uno en 30 segundos.

Este ejercicio practicado al principio del período de dilatación del parto, con cada contracción del útero da como resultado un alivio de las molestias. Ello como consecuencia de una mayor libertad de acción del útero al expandirse la pared abdominal.

2. **Respiración costal inferior.-** Se efectúa dilatando la caja torácica de modo que la invertida que existe a nivel del borde inferior de las costillas se agranda.

La importancia de esta respiración estriba en la mejor ventilación pulmonar, aumento de los intercambios gaseosos y por ende un mayor estímulo de los procesos metabólicos. (6)

3. **Respiración costal superior o jadeo.-** Debe imitarse la respiración rápida y entrecortada de un perro sediente. Para ello nada mejor que objetivar el movimiento de la parte superior del pecho colocando una mano sobre dicha zona y observando como se eleva y desciende en forma rápida.

La ejecución de este movimiento respiratorio está relacionado a dos momentos del parto:

- a) En el período de dilatación.- Se emplea en una etapa avanzada, con cada contracción. Durante la misma el fondo del útero asciende, estableciendo un contacto indirecto con el diafragma, sobre todo en la inspiración. (6)

b) Balanceo de la pelvis.- Posición echada sobre el suelo, con las piernas flexionadas se nota una curva a la altura de la cintura. El ejercicio se hará en dos tiempos.

- Disminuir el hueco apretando fuertemente la cintura contra el suelo.
- Volver a ahuecar la cintura al máximo.

Este ejercicio aumenta la flexibilidad de las articulaciones sacrolumbares y pelvianas.

CUARTA SESION:

1. **Reforzamiento de la musculatura abdominal.**- con una pierna flexionada y la otra extendida se comienza el ejercicio la pierna bien extendido debe desplazarse a lo largo del piso en dos direcciones:

- a) Hacia arriba tratando de aproximar la cadera al hombro del mismo lado mantener.
- b) Hacia abajo, alejando el pie en dirección opuesta.

Para hacer más intenso este ejercicio conviene bajar el hombro y acercarlo a la cadera en el primer movimiento.

Repetir el ejercicio cambiando las piernas. (6)

2. **Descanso y relajación.**— No le es fácil a la futura madre dormir por la noche, sobre todo cuando ha sobrepasado el séptimo mes de gestación; entonces se aconseja una posición bastante cómoda. Se trata de acostarse sobre un flanco, las rodillas ligeramente flexionadas (la rodilla superior más encogida que la otra) y apoyadas sobre la cama o el suelo. La cabeza colocada de perfil sobre la almohada ; el brazo del mismo lado apoyado atrás y el otro brazo hacia adelante.

Las actividades de relajación que se enseña a la mujer embarazada durante el curso, tiene por objeto lograr el máximo reposo.

QUINTA SESION:

1. **Ejercicio perineal.**—Este ejercicio alivia ciertas tensiones dolorosas de la región dorso-lumbar. El objeto de este ejercicio es propiamente de relajación, consiste en logra el relajamiento del piso perineal en el período expulsivo del parto a fin de facilitar la rotación y el desprendimiento de la cabeza. (6)
2. **Ejercicio de pujar.**— Posición echada sobre el suelo con las piernas flexionadas contra el abdomen, tomarse las rodillas separándolas ampliamente y flexionándolas al máximo. Efectuar una inspiración amplia con la boca abierta y luego espirar. Efectuar

una nueva inspiración brusca, cerrar la boca y contraer los músculos abdominales, al mismo tiempo que se relajan los músculos del piso perineal. El menón bien aproximado al tórax.

La sensación es igual a la de evacuar el intestino. Durante el esfuerzo expulsivo no se debe abrir la boca, alargando el tiempo de ejecución al máximo. (6)

2. **Ejercicio perineal.**— Posición acostada, piernas extendidas y cruzadas a nivel de los tobillos. contraer los muslos juntándolos fuertemente mientras se cuentan hasta 5. Continuar contrayendo los músculos glúteos al máximo continuando la cuenta hasta 10 (no se debe aflojar los muslos), y por último ajustar el esfínter anal como si se quisiera contrarrestar un deseo súbito de evacuar el intestino. (6)
3. **Ejercicio de posición de sastre.**— Esta posición consiste en sentarse con las piernas flexionadas tratando de que la rodilla estén lo más cerca posible del suelo, y ayuda a la distensión de los tejidos perineales.
 - a) Apoyar las plantas del pie una en la otra, apretar los tobillos con las manos y apoyar los codos en las rodillas, presionando suavemente sobre ellas en dirección al suelo. Hay que procurar que los pies estén cada vez

más cerca del cuerpo.

- b) Inclinar el tronco hacia adelante y volver a la posición inicial. Repetir este ejercicio 10 veces. (6)

SEPTIMA SESION:

Ejercicio para el post-parto y puerperio:

Ejercicio 1. Posición inicial: Acostado boca arriba, brazos relajados a lo largo del cuerpo.

Primer tiempo: Las piernas se flexionan lentamente pero con fuerza, hasta que estén completamente doblados por la rodilla.

Segundo tiempo: Los brazos se colocan entonces bajo la cabeza y apoyando vigorosamente la punta de los pies, se levanta la pelvis por encima del plano del lecho.

Tercer tiempo.- Después de una breve detención en esta postura se colocan de nuevo los brazos sobre la superficie del lecho y apoyándose en ellos, se eleva todo el tronco. En un momento dado, el cuerpo estará apoyado solamente de una parte en los pies y de otro, en los hombros y la nuca.

Este ejercicio se debe repetir 5 veces y hacerlos 10 veces al día.

Ejercicio 2. Posición inicial: Como de ejercicio precedente.

Primer tiempo: Los muslos se flexionan sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos.

Segundo tiempo: Se extiende lentamente las piernas hacia arriba, se repite el ejercicio 5 veces al día.

Ejercicio 3. Comienza con el anterior. Al llegar a la última fase breve descanso, para luego abrir lentamente las piernas, repítase lentamente en sentido contrario, está en ejercicio todos los músculos afectados por el embarazo.

Ejercicio 4. Requiere la colaboración de otra persona, la interesada tendida en la cama, con la cabeza descansando sobre las manos, los muslos semiflexionados y las rodillas unidas, tratará de oponerse a quien la ayudante que apoyará levemente en sus rodillas la separe. Este ejercicio sirve para reejercitar y reforzar los muslos del periné.

- Ejercicio 5.** Posición sentada y apoyada contra la pared en la que deben tocar la espalda y las nalgas, mantener la cabeza baja. Levantar los brazos, repetir 5 veces, una sola vez al día.
- Ejercicio 6.** Llamado paso de Camello desde la posición erecta, plegar la cintura hasta tocar el suelo con las manos. Mantener los pies separados 30 ó 40 centímetros. Caminar con las rodillas y los codos rígidos. Debe hacerse 5 veces al día.
- Ejercicio 7.** Posición echada en el suelo sobre la espalda, con la rodilla flexionadas de manera que toquen el abdomen y apretando con las manos las rodillas, llevar éstos hacia el pecho y mantenerlos inmóviles. Bajar la rodilla lentamente hasta tocar el suelo.
- Ejercicio 8.** Con las manos y las rodillas sobre el suelo, levantar la cabeza, aflojando a la vez los músculos de la cadera. Se repite tres veces, con pequeños intervalos de descanso y se hace en tres series de 4 ejercicios tres veces al día.

Ejercicio 9. Echada en el suelo, con las rodillas flexionadas.

Primer tiempo: Inspirar lentamente levantando el pecho y el abdomen.

Segundo tiempo: Extraer el aire contrayendo el abdomen.

Ejercicio 10. Con las manos y las rodillas sobre el suelo, elevar el brazo izquierdo y girar la cabeza para mirarse la manos. Repetir 5 veces, mirando a cada mano 7 veces al día.

Ejercicio 11. Con las manos y las rodillas sobre el suelo pasa por delante el busto el brazo derecho hasta que toque la espalda por el lado opuesto, volviendo la cabeza también hacia el mismo lado. Descansar y repetir el ejercicio 5 veces con cada brazo alternamente.

Ejercicio 12. De rodilla, doblar la cintura hasta que el pecho y la cara toquen el suelo y separar la rodilla de 30 a 40 centímetros a fin de que entre aire en la vagina. Permanecer en la posición 5 minutos.

- Ejercicio 17.** Posición echada en el suelo boca arriba, será preciso la ayuda de otra persona.
- Primer tiempo:** Elevar ambas piernas a la vez agarradas por la persona que ayude, a 10 centímetros del suelo.
- Segundo tiempo:** Dejarlo caer suavemente, repetir.
- Ejercicio 18.** Posición echada en el suelo boca arriba será preciso la ayuda de otra persona, este ejercicio consiste en elevar la parte alta del tronco, aflojar, dejar caer los brazos lateralmente y repetir.
- Ejercicio 19.** Posición echada en el suelo boca arriba, flexionar una pierna y después la otra, hasta tocar con la rodilla en el pecho, con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo.
- Ejercicio 20.** De pie en posición de firmes, tocar la punta de los pies con ambas manos sin doblar la rodilla.
- Ejercicio 21.** Posición de pie con las manos en la cadera y los codos hacia atrás procurar acercar lo más posible éstos mediante pequeño tirones.
- Ejercicio 22.** Posición: echada boca abajo en el suelo, con las manos entrecruzadas en la espalda. Elevar la parte superior del tronco, dejarce caer y repetir.

Ejercicio para los pies y los tobillos:

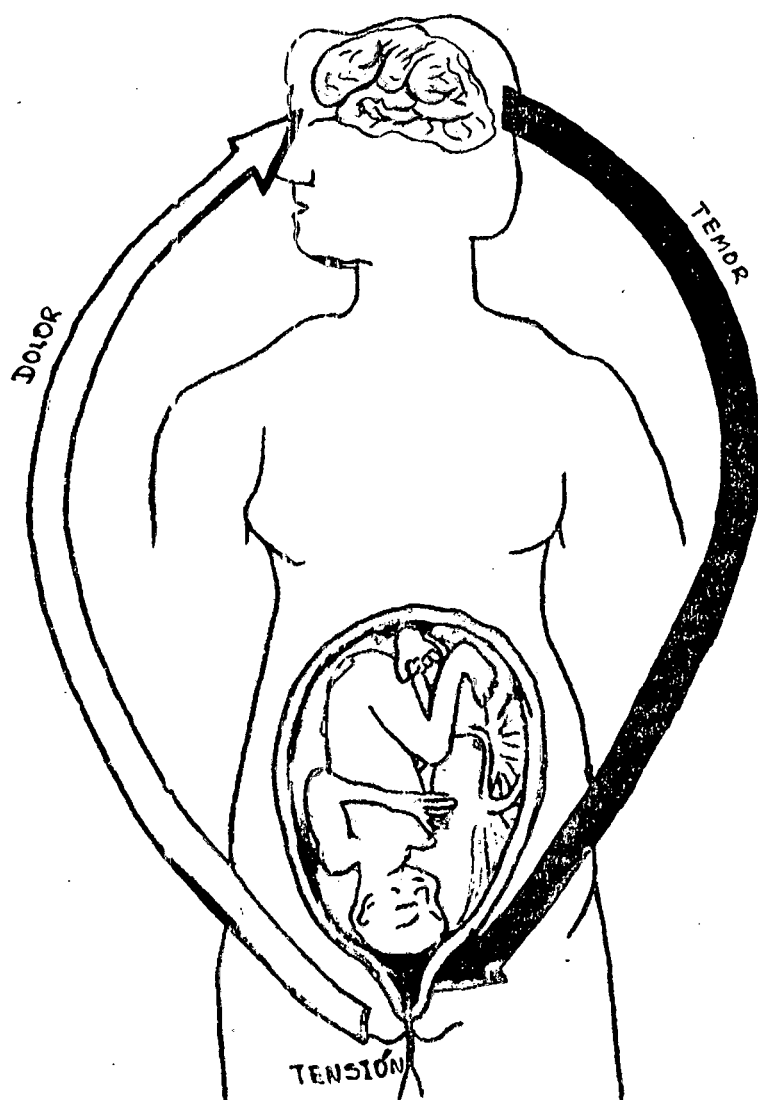
Ejercicio 23. Posición: sentada en el suelo o acostada en la cama, elevar un poco los pies y hacer y hacerlos girar sobre los tobillos.

Ejercicio 24. Posición: sentada en el suelo o acostada en la cama. Flexionar ambos pies, acercándolos a la parte anterior de la pierna y luego extenderlo hasta alcanzar el límite máximo del movimiento, osea, bajando y subiendo alternativamente las plantas.

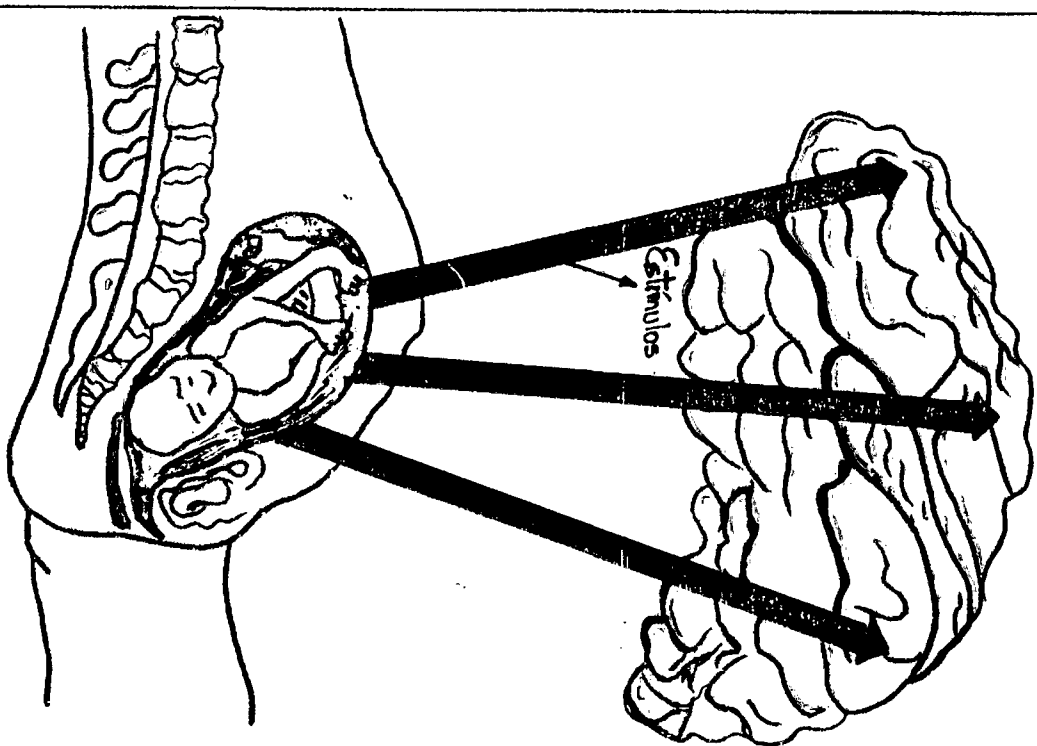
Ejercicio 25. Posición sentada en el suelo o acostada en la cama con las piernas ligeramente abiertas, hacer girar lentamente los pies hacia adelante y hacia afuera, es decir, acercar y alejar alternativamente los puntos.

Ejercicio 26. Posición: de pie flexionar las piernas sobre los tobillo, teniendo las dos manos apoyadas en una mesa.

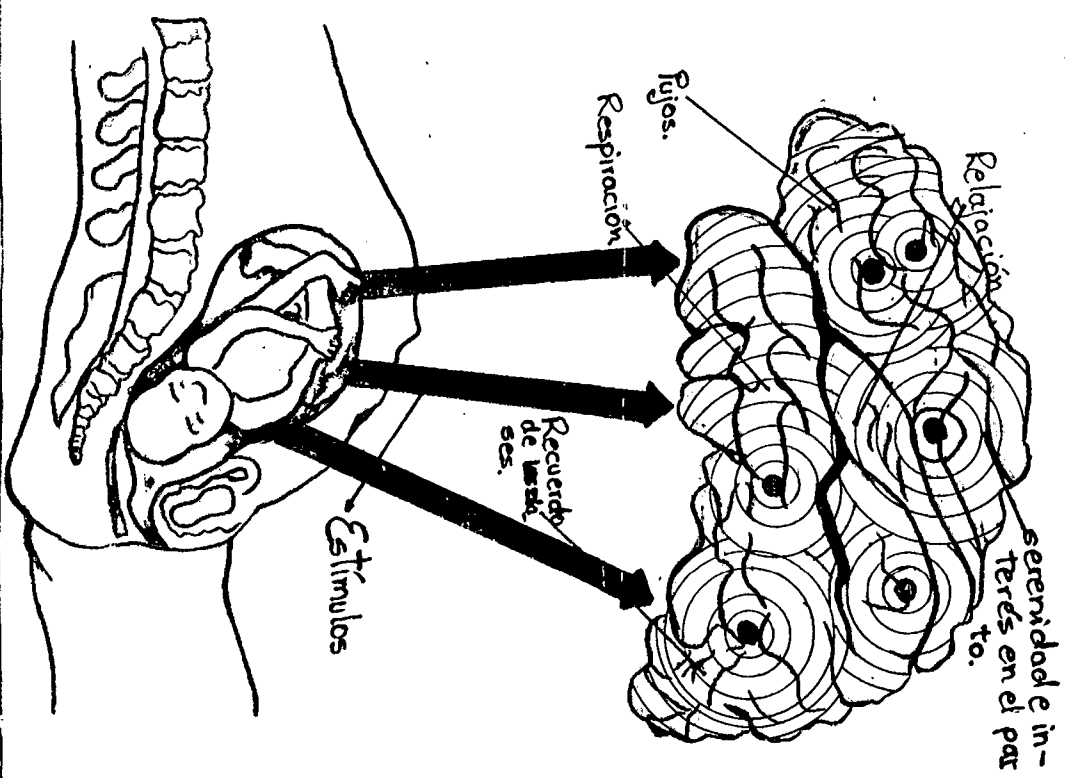
2^{DA} SESION



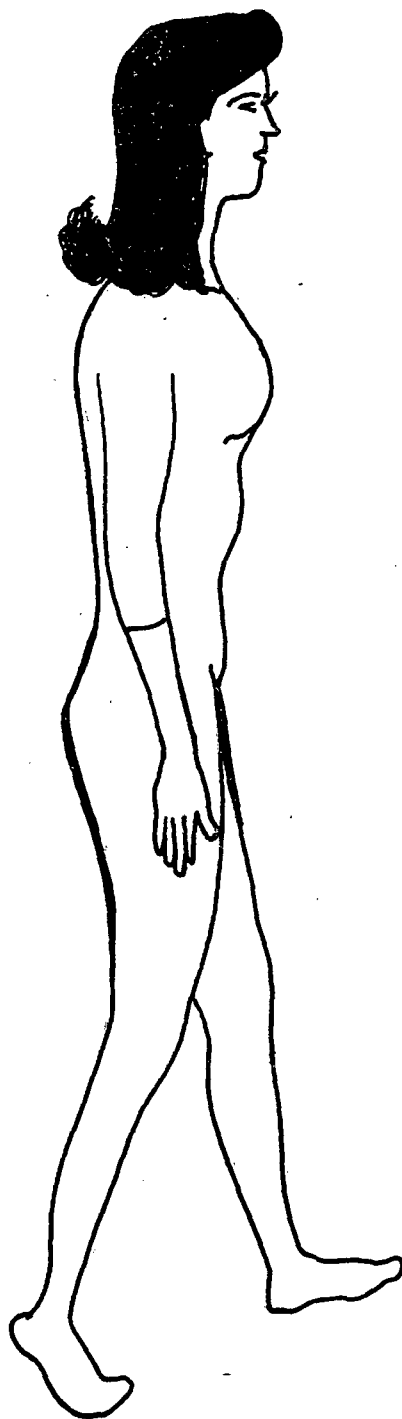
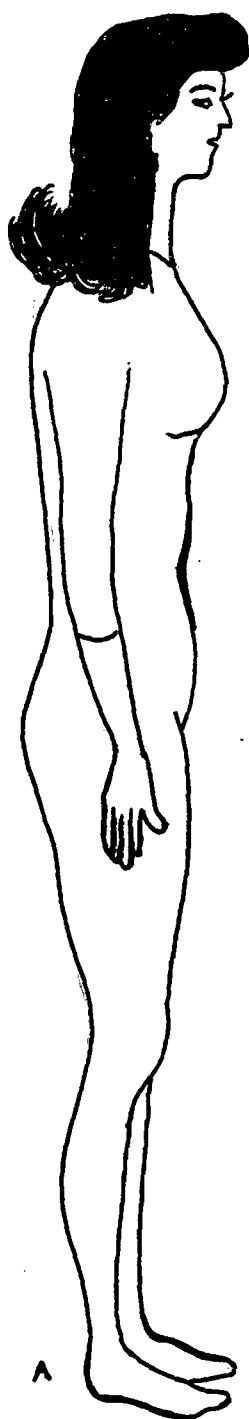
Esquema de los estímulos en un cerebro pasivo.

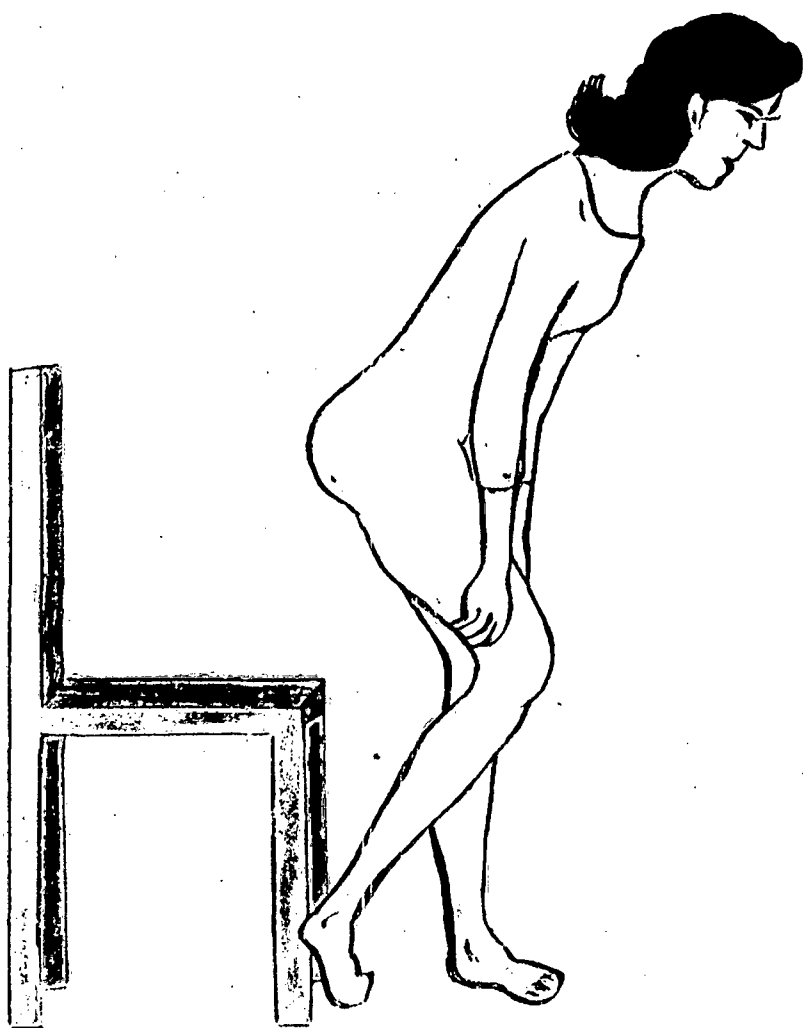


Esquema de los estímulos en un cerebro activo.

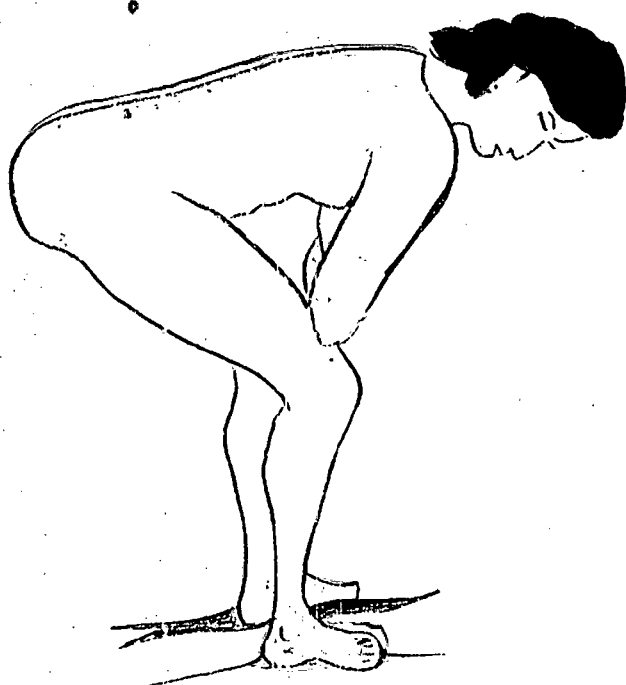


Posición correcta para estar de pie, A, y para caminar, B.



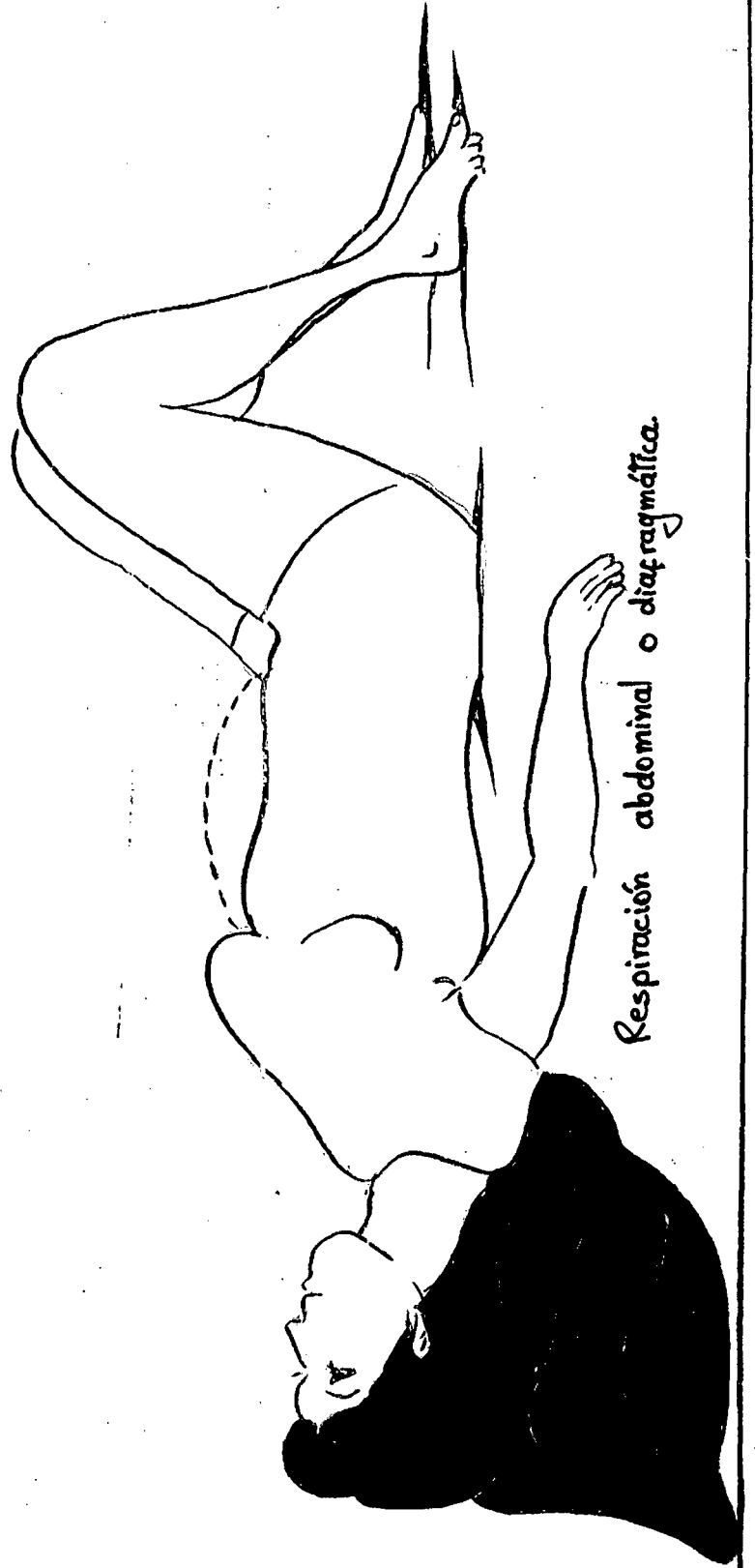


Posición correcta para sentarse.

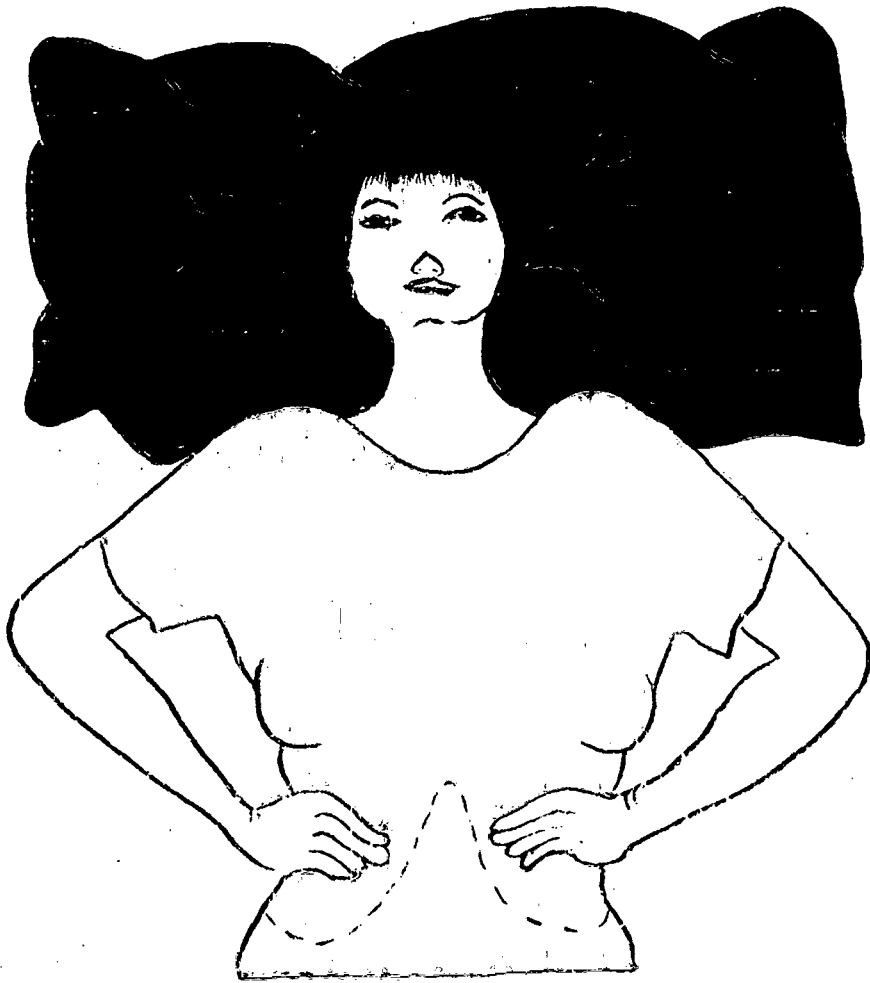


Posición correcta en cucullas.

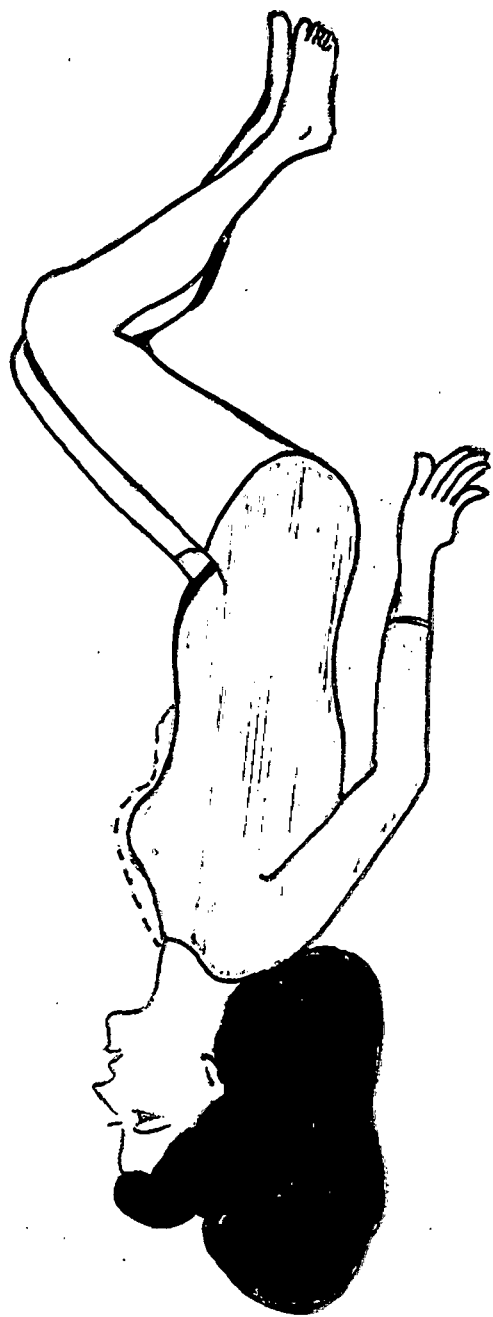
3^{ra} Sesión



Respiración abdominal o diafragmática.



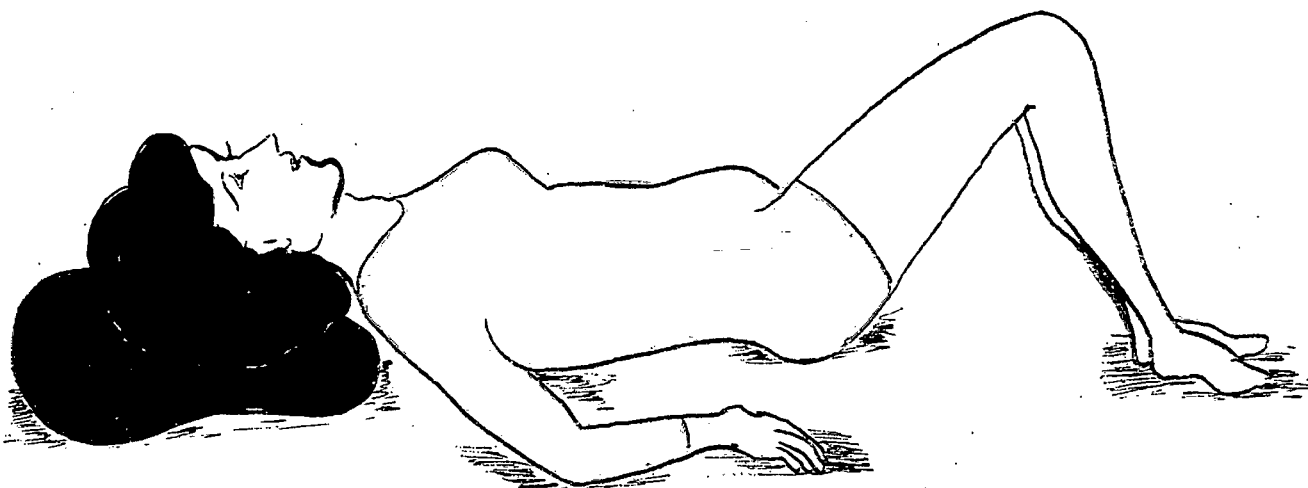
Respiración costal inferior.



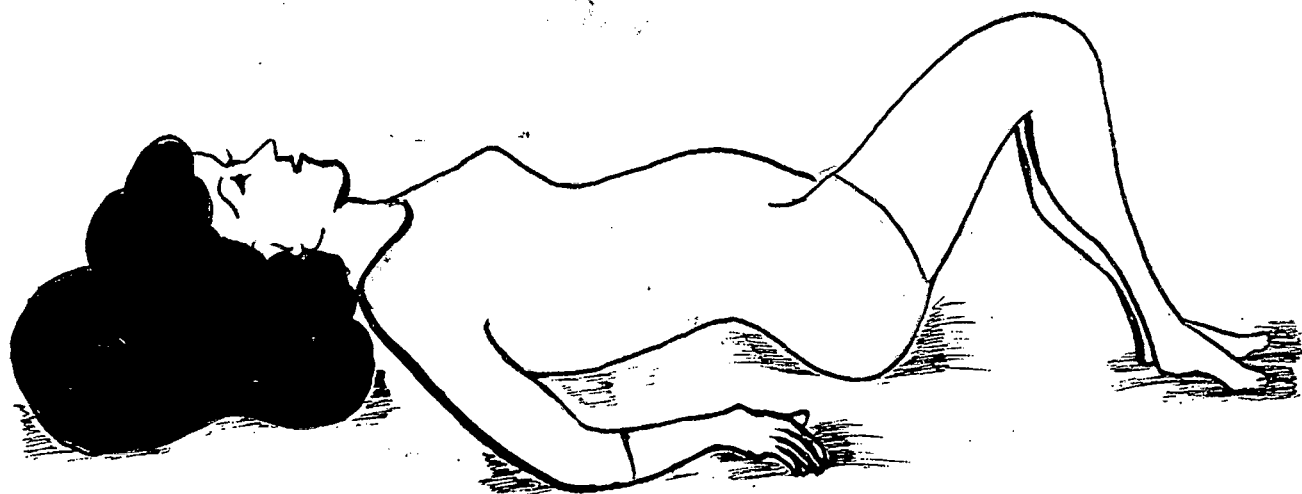
Respiración costal superior o jadeo.

PREPARACION PARA EL PARTO.

EL PARTO SIN DOLOR.



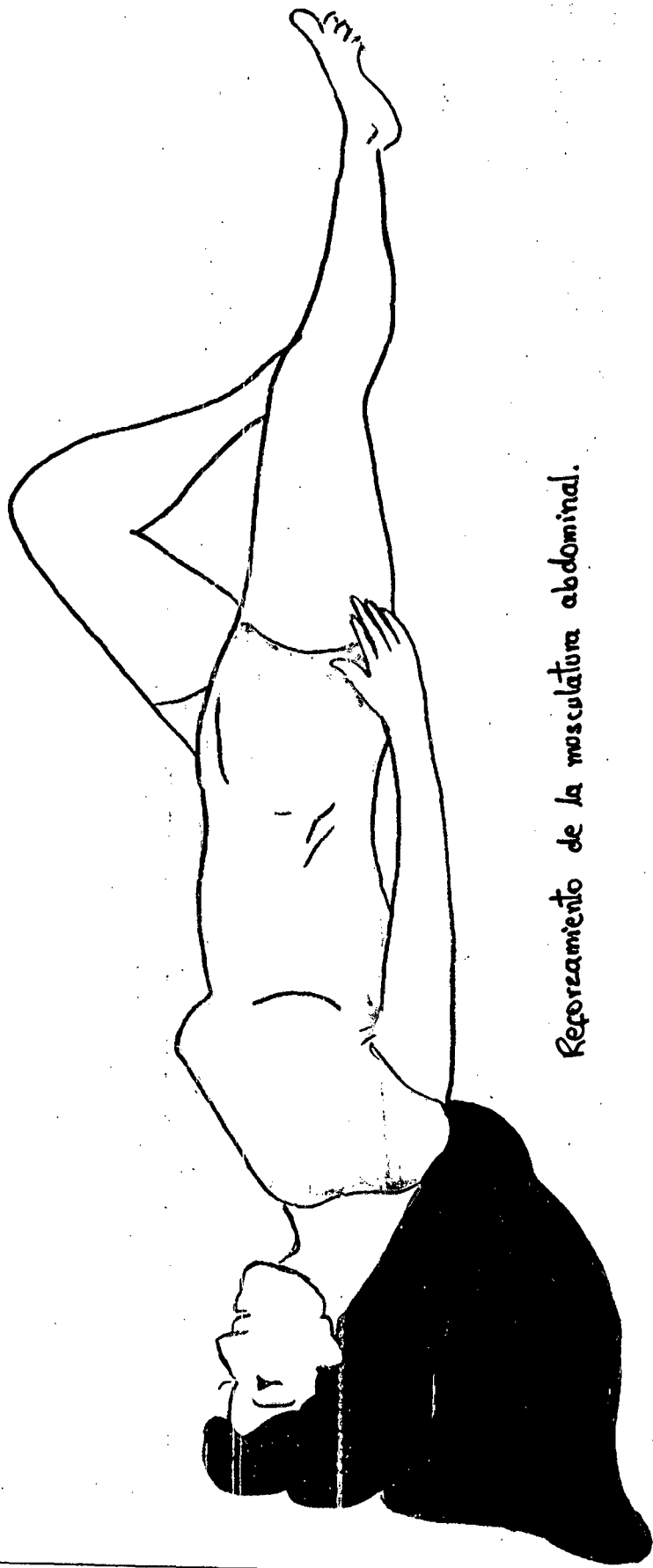
Primer tiempo



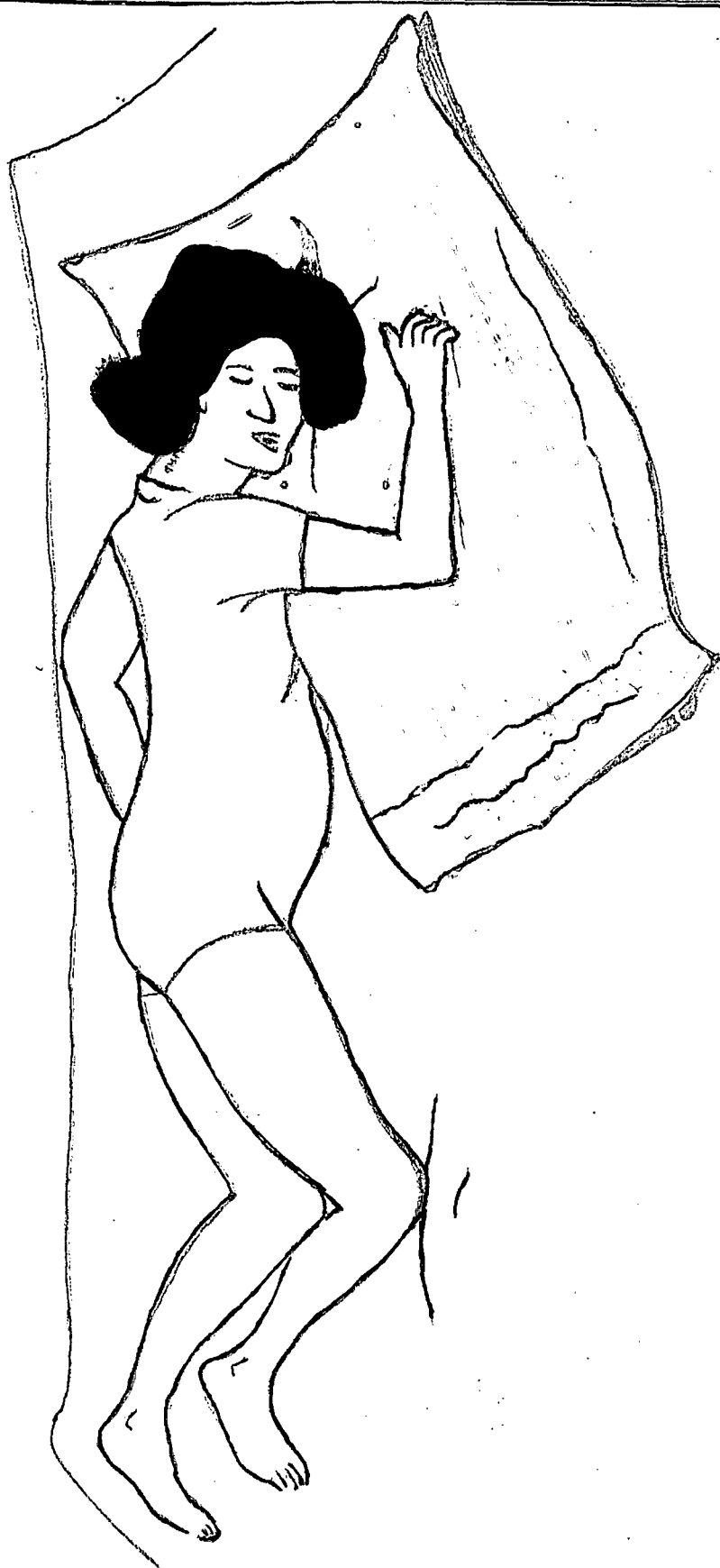
Segundo tiempo

Ejercicio de balanceo de pelvis.

4^{TA} SESION



Reforzamiento de la musculatura abdominal.



Posición correcta para dormir.

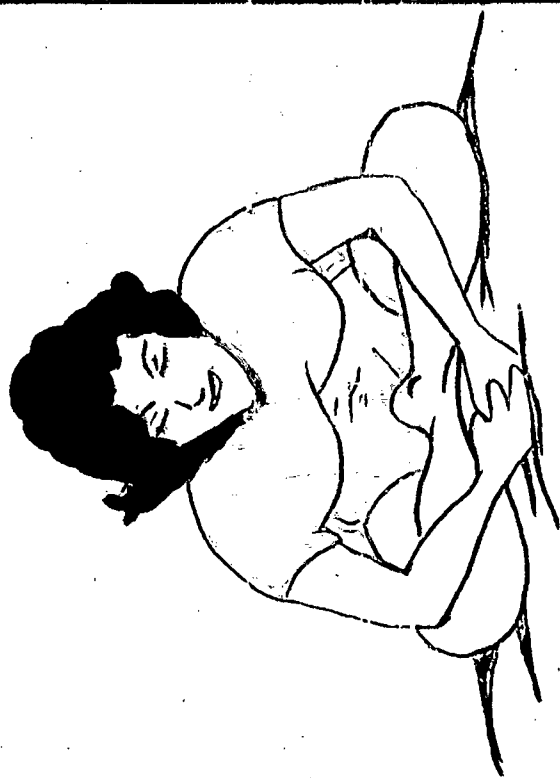
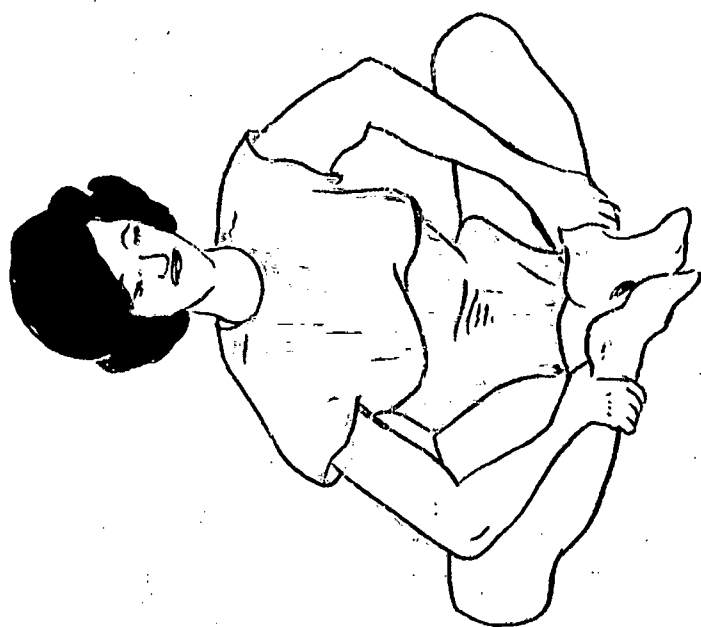
5^{TA} SESION



Ejercicio perineal.



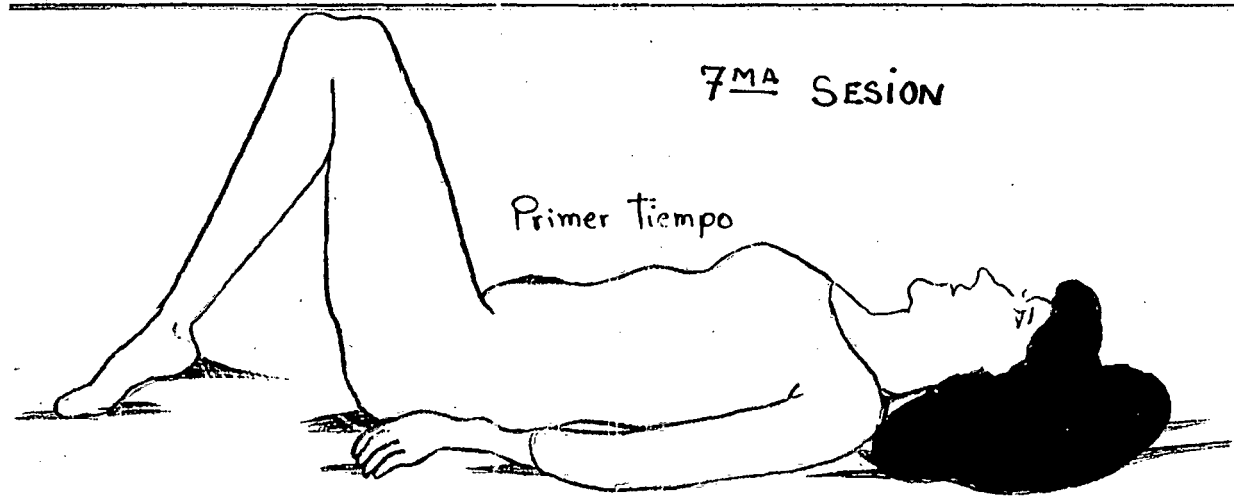
Ejercicio de pujar.



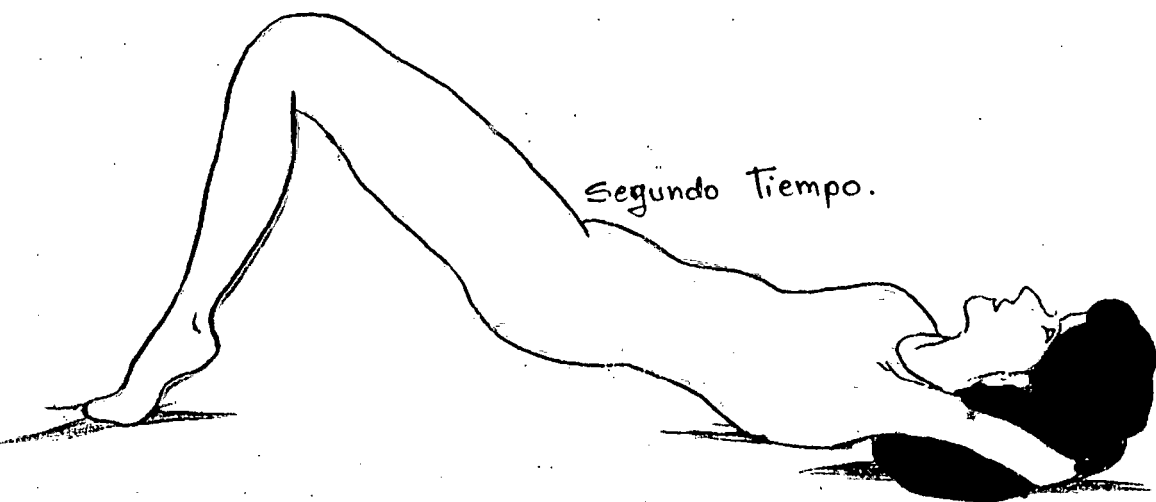
Ejercicio de la posición de "castro"

7^{MA} SESIÓN

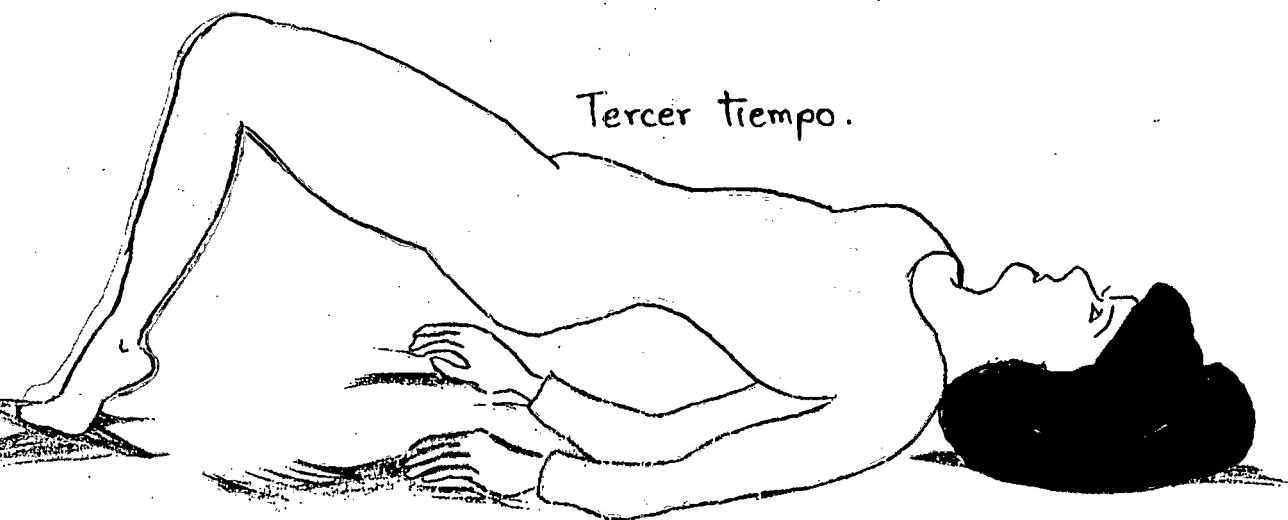
Primer Tiempo



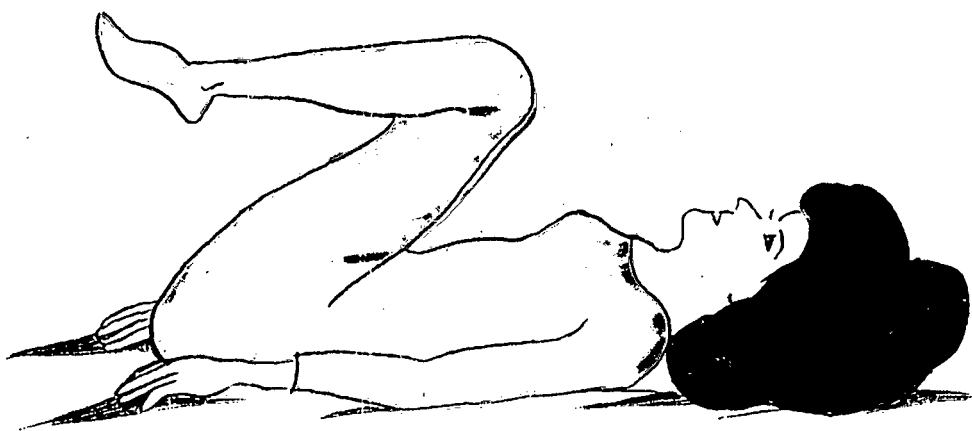
Segundo Tiempo.



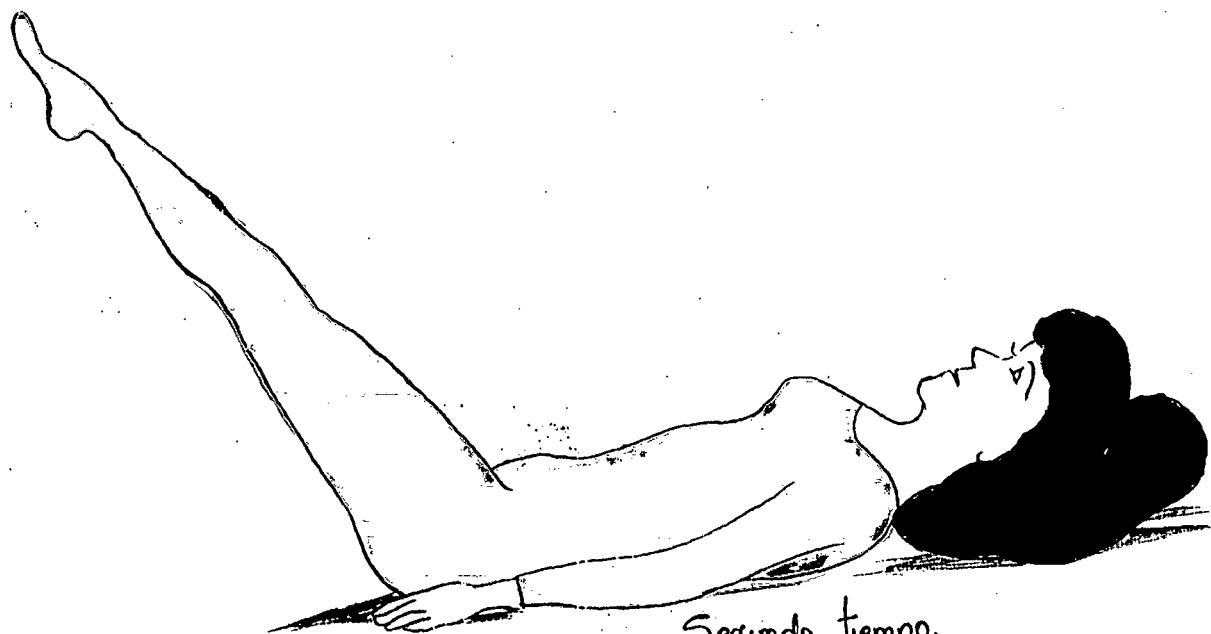
Tercer tiempo.



ESERCICIO PRIMERO.

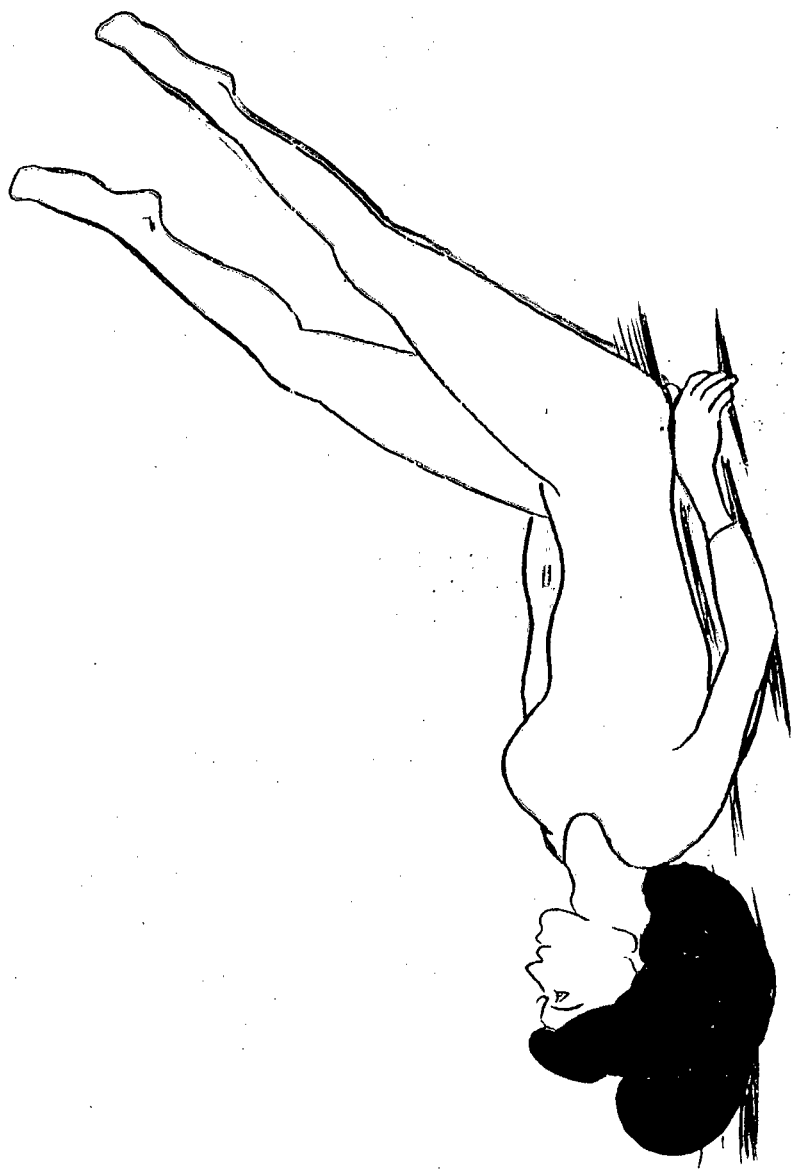


Primer tiempo.

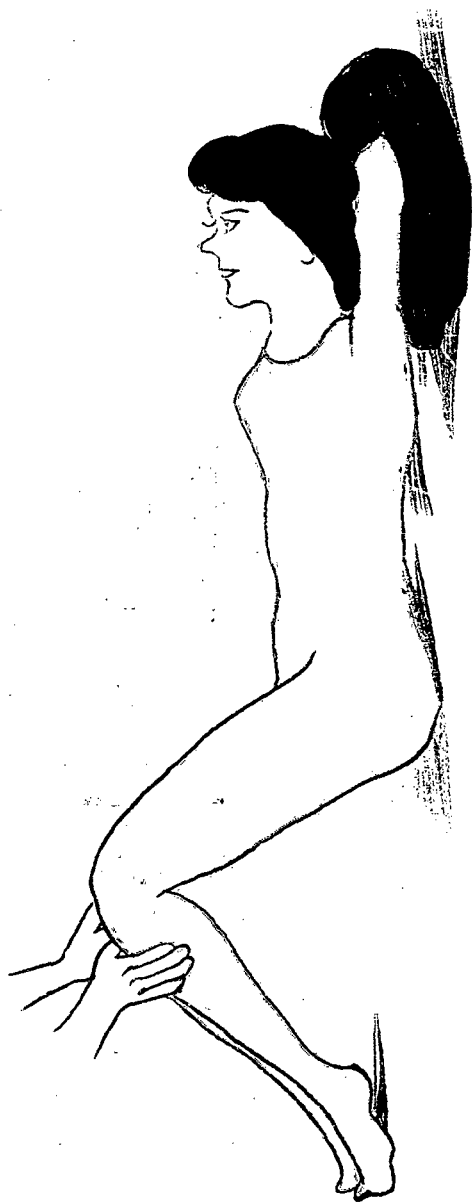


Segundo tiempo.

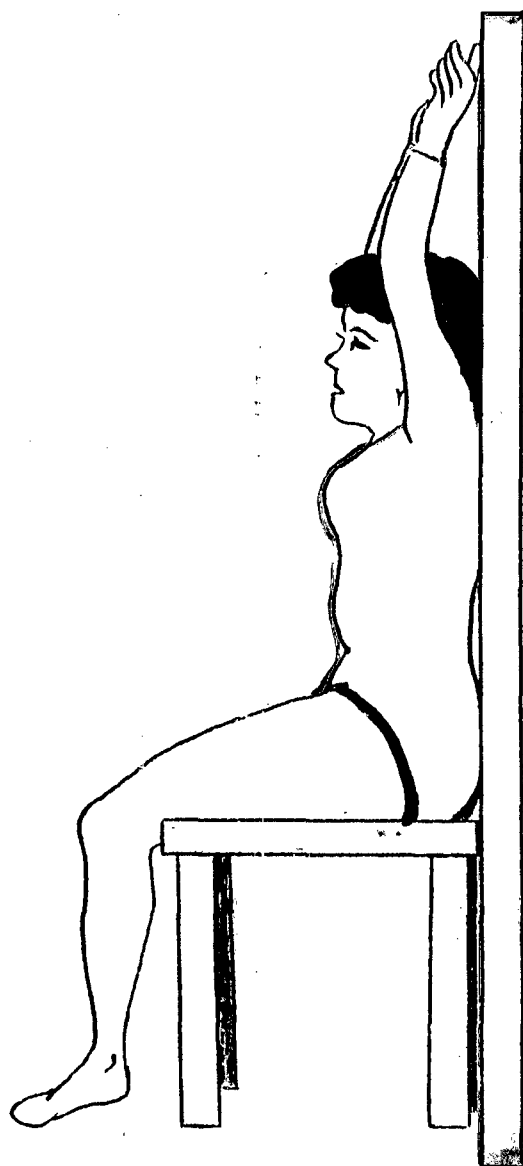
ESERCICIO SEGUNDO.



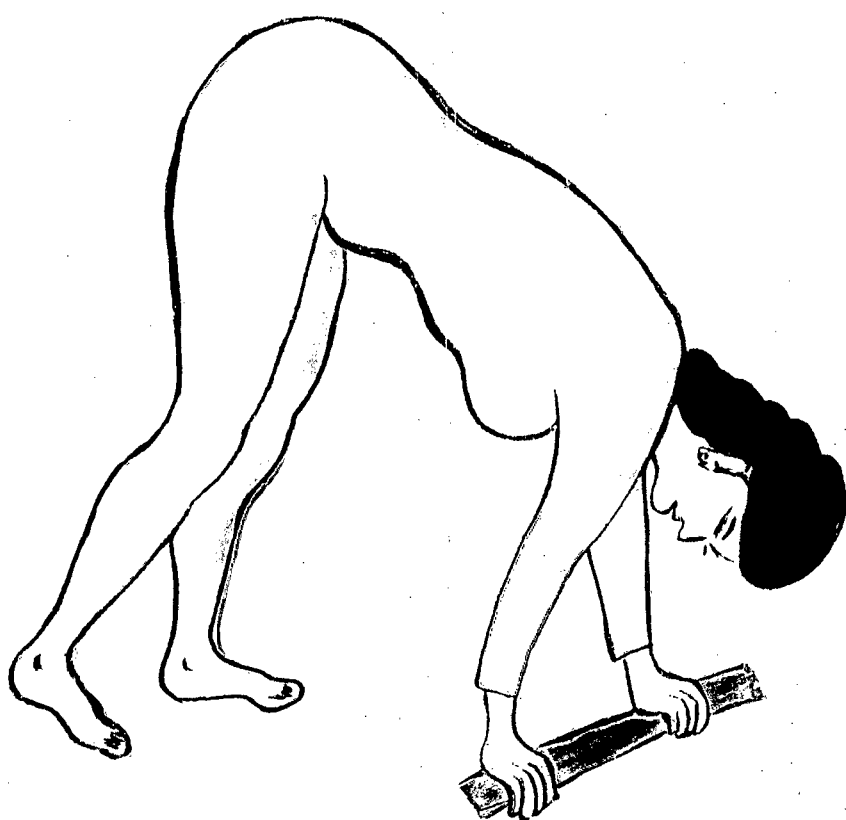
Ejercicio Tercero.



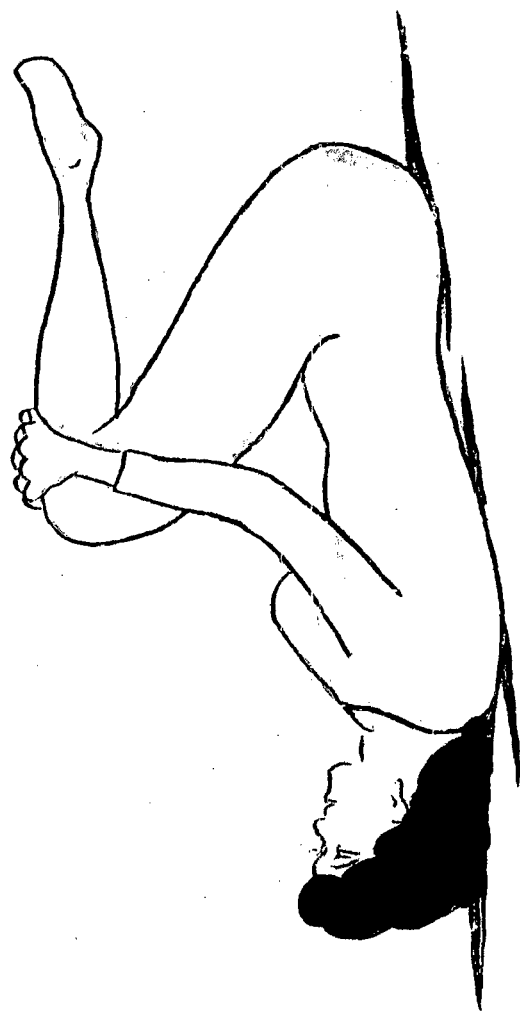
Ejercicio cuarto.



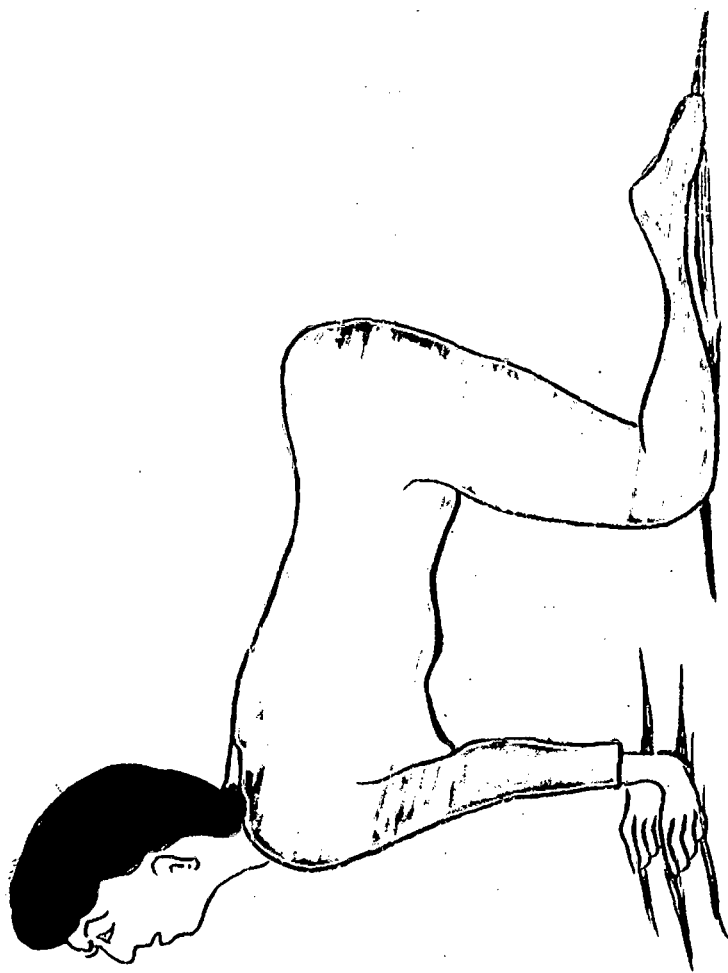
Ejercicio quinto.



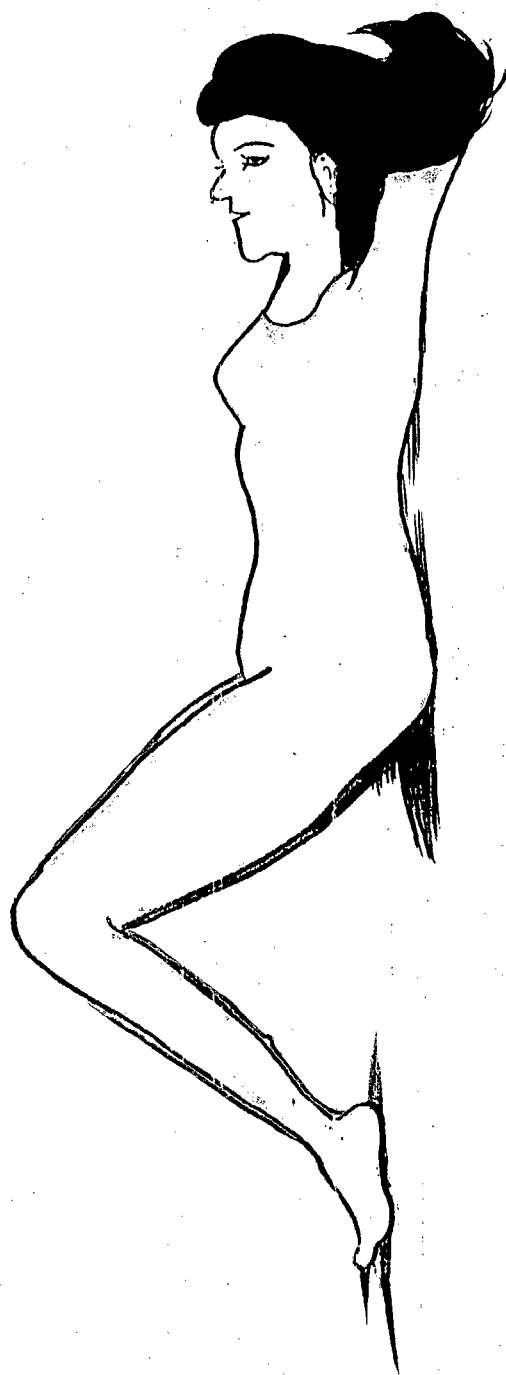
Ejercicio sexto.



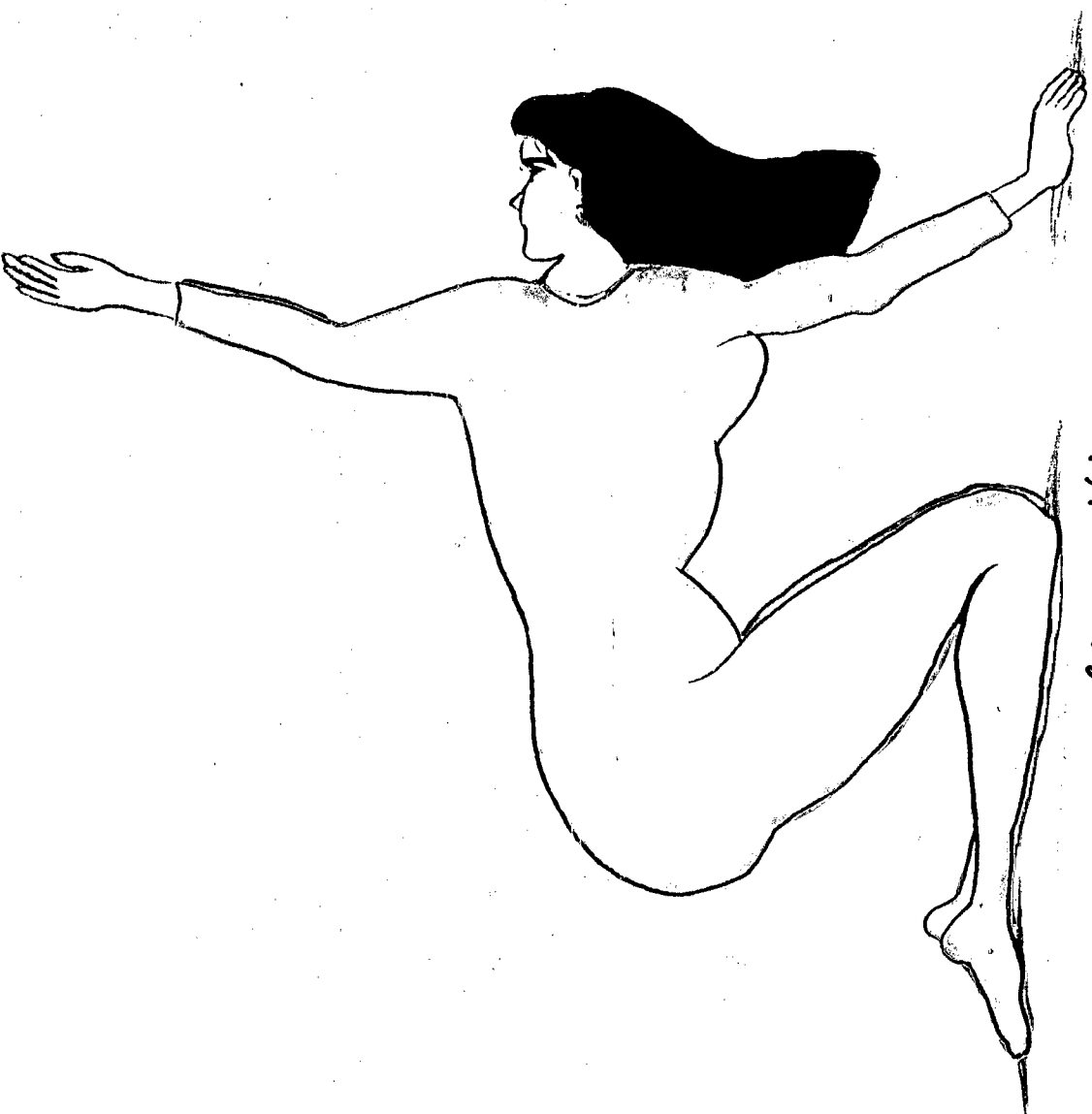
Ejercicio séptimo.



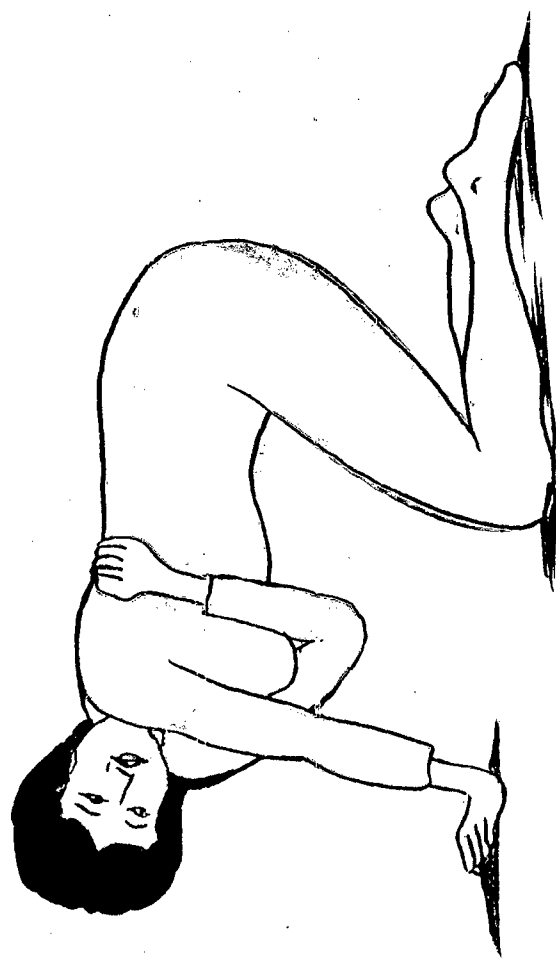
Ejercicio octavo.



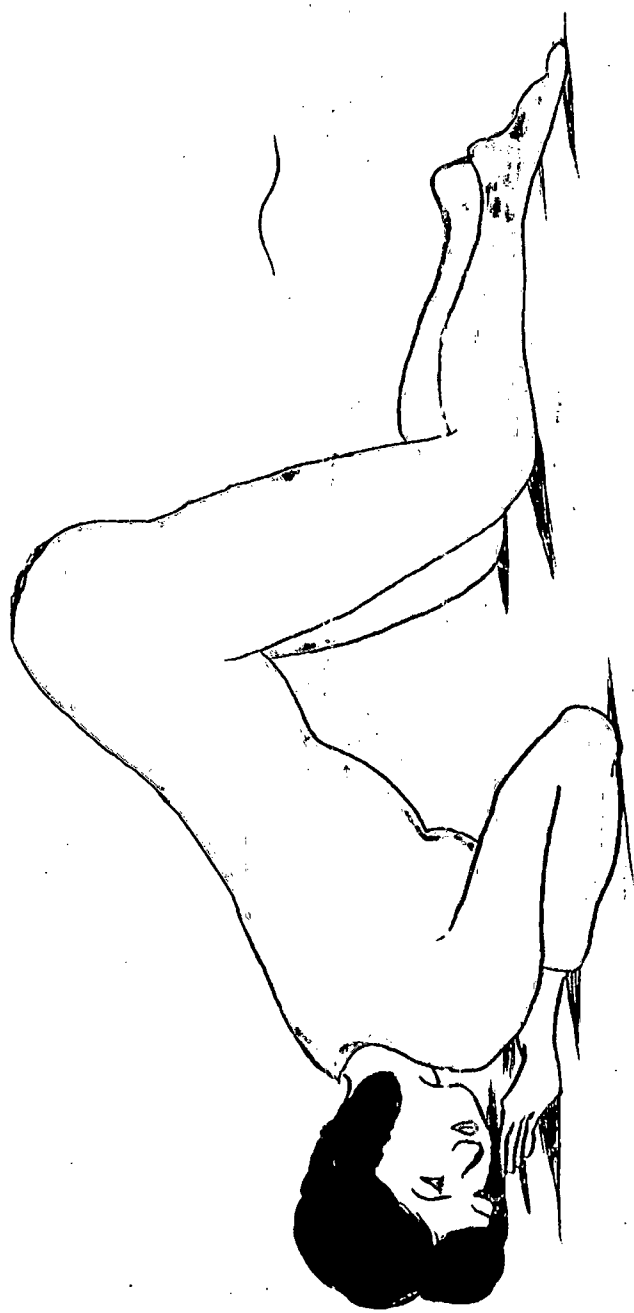
Ejercicio noveno.



Exercício décimo.



Ejercicio undécimo.



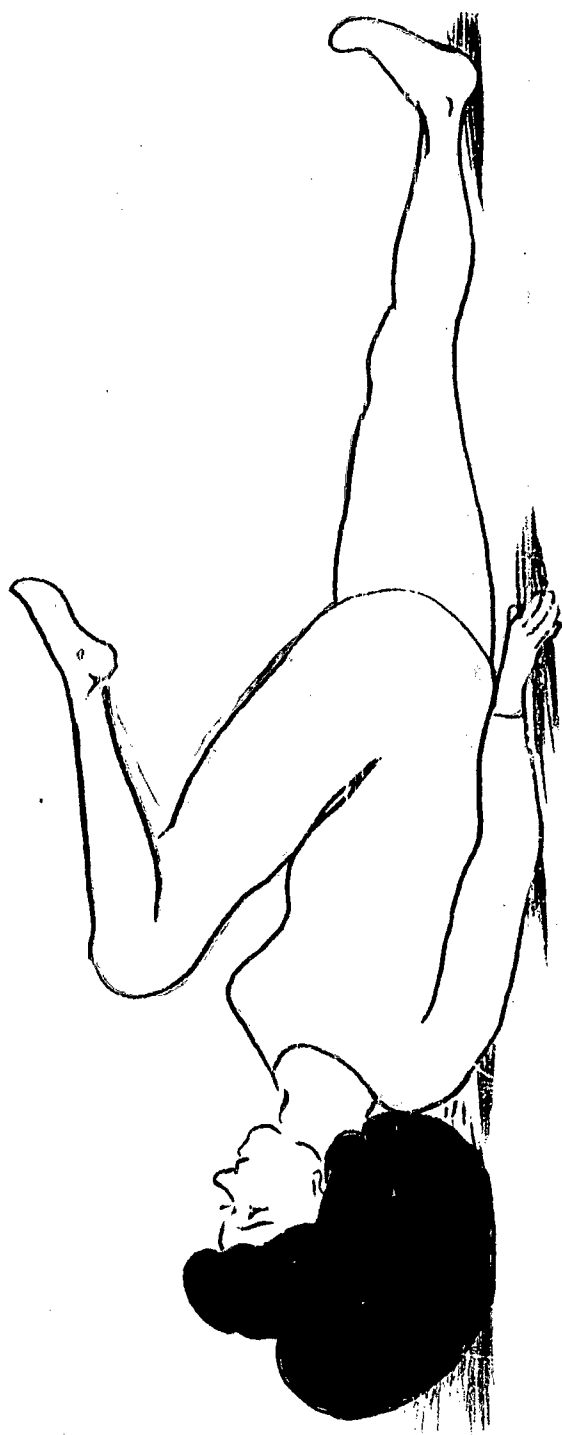
Ejercicio duodécimo.



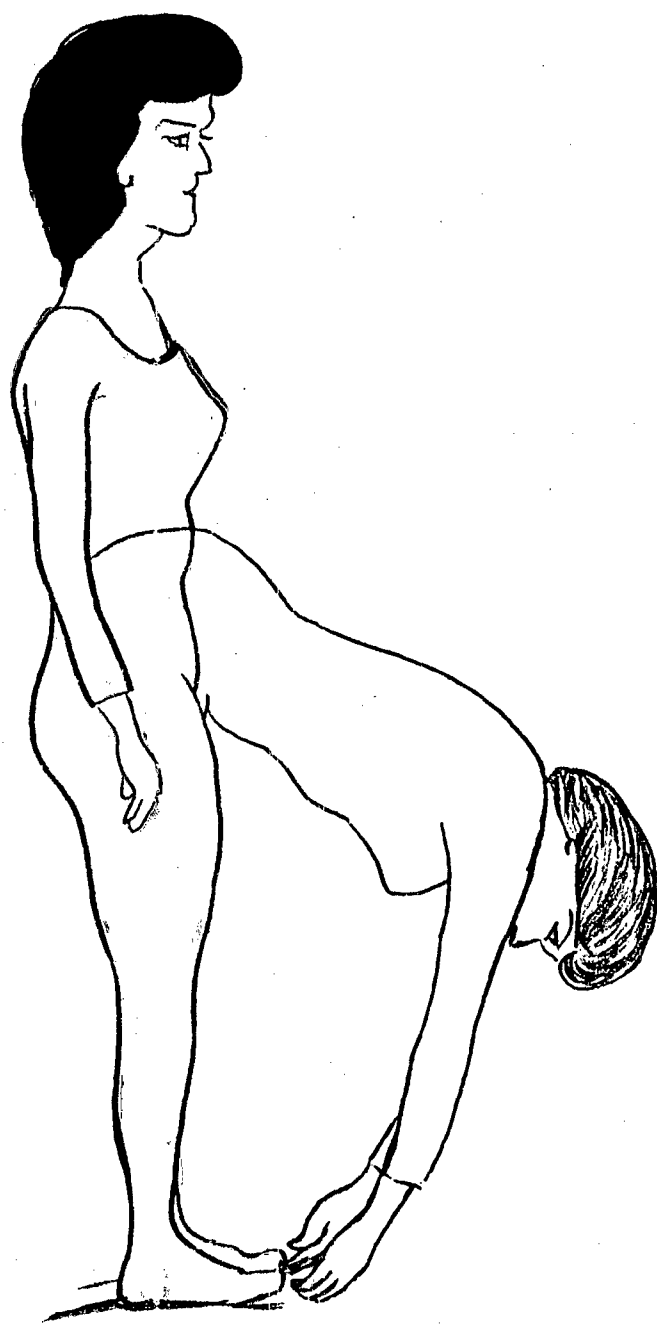
Ejercicio décimo séptimo

Ejercicio décimo octavo.

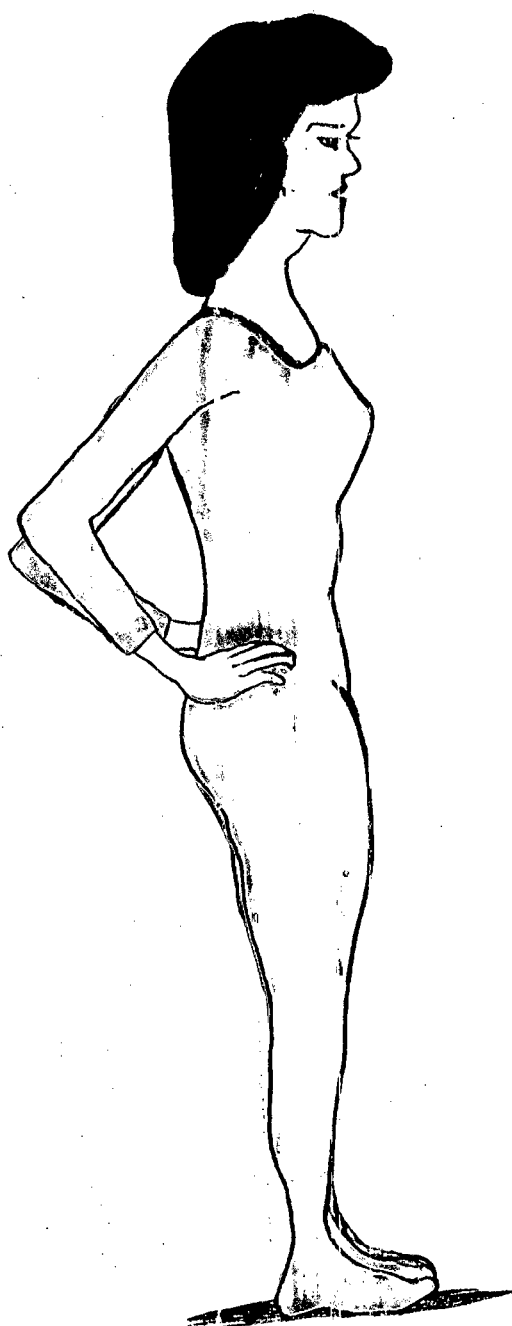




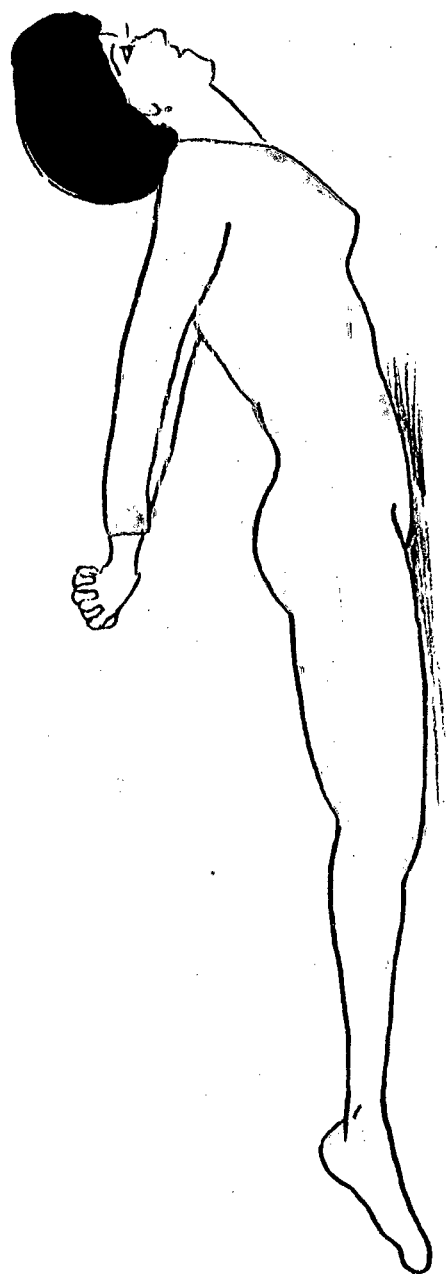
Ejercicio décimo nono.



Ejercicio vigésimo.

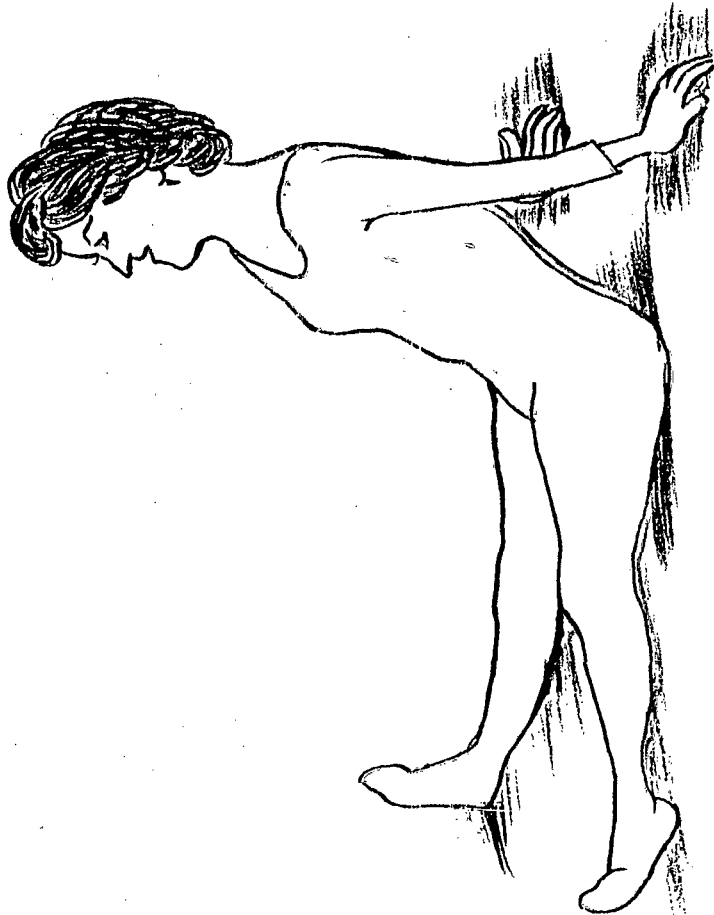


Ejercicio vigésimo primero.

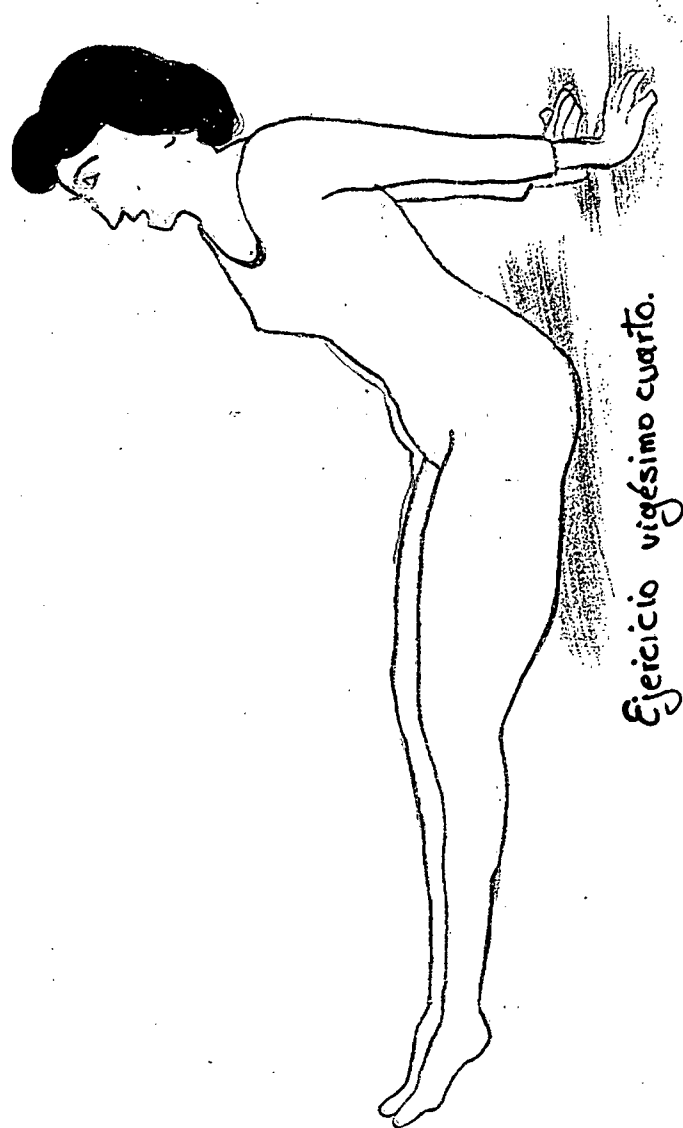


Ejercicio vigésimo segundo.

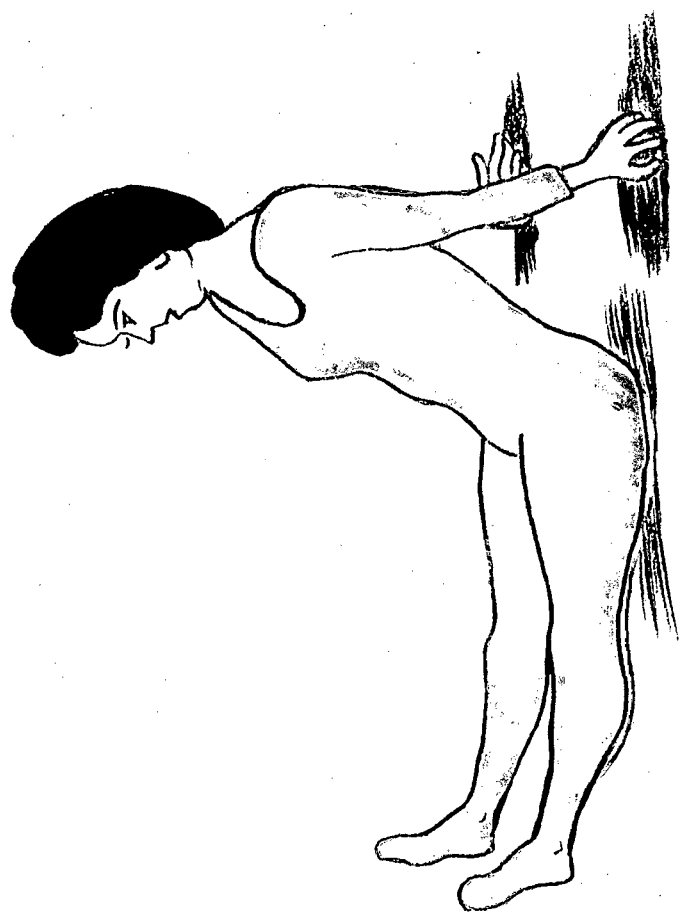
EJERCICIO PARA LOS PIES Y LOS TOSILLOS.



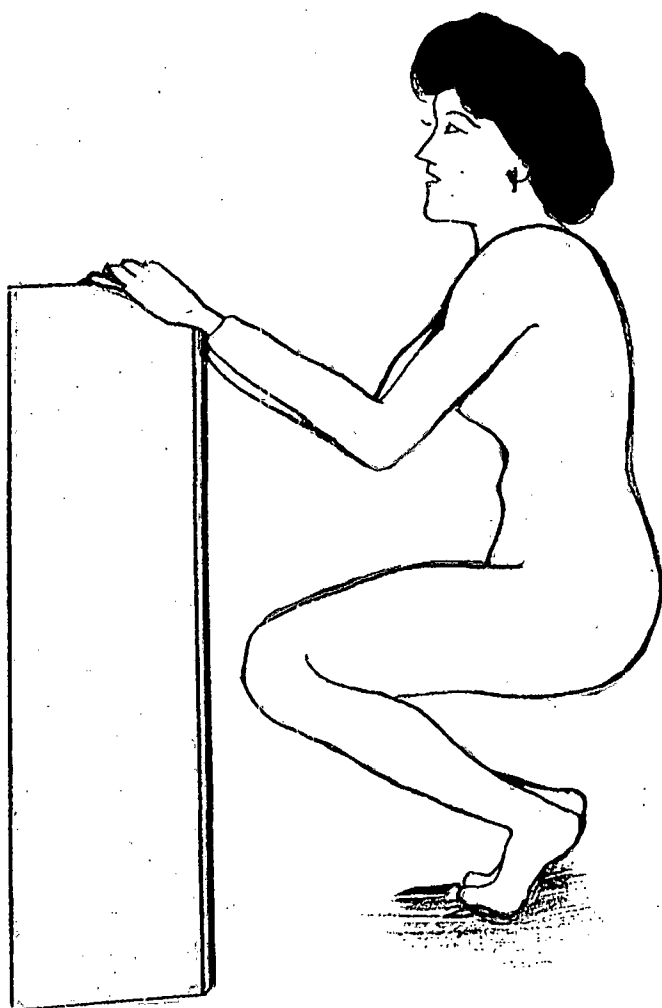
Ejercicio vigésimo Tercio



Ejercicio vigésimo cuarto.



Ejercicio vigésimo quinto.



Ejercicio vigésimo sexto.